

Med blikk for helhet?

En kvalitativ undersøkelse av forløpstidenes betydning for organisering av kreftbehandling i sykehus

Hilde Marie Rognlie



Masteroppgave i Helseadministrasjon
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

7.11.2012

Med blikk for helhet?

*En kvalitativ undersøkelse av forløpstidenes betydning
for organisering av kreftbehandling i sykehus*

© Hilde Marie Rognlie

2012

Med blikk for helhet? En kvalitativ undersøkelse av forløpstidenes betydning for organisering av kreftbehandling i sykehus

Hilde Marie Rognlie

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet ga sommeren 2011 de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomføre veiledende forløpstider for kreft. Bakteppet var Helsetilsynets risikorapport på kreftområdet (Statens helsetilsyn, 2010) som belyser utfordringer og uønskede forhold i norsk kreftbehandling. I departementets oppdrag framgår det at forløpstidene er normerende og førende for helseforetakenes organisering og logistikk, og at de regionale helseforetakene skal legge til rette for at helseforetakene organiserer sin drift slik at disse fristene overholdes.

Problemstilling

Hovedproblemstillingen i denne undersøkelsen går ut på å finne ut om avdelingsledere i sykehus mener at innføring av forløpstider har hatt betydning for organisering av kreftbehandling i sykehuset. Delproblemstillinger jeg ønsker å belyse er: Hvordan opplever avdelingslederne føringene om veiledende forløpstider? Hvilke forhold og faktorer mener de hemmer, eventuelt fremmer gjennomføring av forløpstider i sykehusene? Hvordan sikrer de god kontinuitet i utredning og behandling? Hvordan opplever de sin rolle i prosessen?

Metode

Det empiriske grunnlaget består av dybdeintervju av ti avdelingsledere ved fem ulike helseforetak i Helse Sør- Øst RHF. Det ble valgt en kvalitativ metodisk tilnærming med hovedvekt på et semistrukturert intervju for å belyse mine forskningsspørsmål.

Resultater

Mye tyder på at det ikke er foretatt organisatoriske endringer i sykehusenes kreftbehandling siden helsemyndighetenes føringer om forløpstider for kreft ble gitt sommeren 2011. Avdelingslederne jeg har intervjuet har gjennomgående en positiv holdning til innføring av forløpstider, men de mener at de ikke er blitt satt godt nok i stand til å gjennomføre tidsfristene. Den enkelte avdelings organisasjonskultur blir trukket fram som utslagsgivende for hvordan utfordringer knyttet til forløpstider løses. Signaler fra avdelingslederne jeg har

intervjuet er at sykehusene bør vurdere å organisere sin kreftbehandling etter pasientforløp og at helhetlige behandlingsforløp krever et helhetlig lederansvar. Det etterlyses en organisering som gjør at de kliniske og de radiologiske ressursene kan ses mer under ett, enten ved at de er organisert under samme leder, eller ved at deler av radiologien øremerkes kreftpasienter. Mye tyder på at ledere må bidra til bedre koordinering av ressurser mellom klinikker og avdelinger enn tilfellet er i dag. Min undersøkelse viser videre at det oppleves problematisk å skulle gjennomføre kravene om forløpstider for kreftpasienter uten at det går på bekostning av andre pasientgrupper som også trenger rask behandling. Informantene etterlyser midler til pasientkoordinatorer som gjør det mulig for sykehusene å gjennomføre forløpstider for kreftpasienter og klarere signaler fra politikernes om hvilke pasientgrupper som skal prioriteres. Det etterlyses også klarere mål for virksomheten, slik at de ulike aktørene i sykehuset drar i samme retning.

På bakgrunn av funnene gis det til slutt noen anbefalinger for å endre organisering av kreftbehandling i sykehus. Det pekes på at det bør prøves ut ulike organiseringsformer gjennom pilotprosjekter og legges til rette for mer utveksling av erfaringer og kunnskap om organisering av kreftbehandling mellom landets sykehus.

Forord

Som ansatt i Helse- og omsorgsdepartementet har jeg gjennom flere år hatt kreft som ansvarsområde, og jeg var involvert i innføringen av forløpstider for kreft i 2011. Gjennom brev fra pasienter og pårørende har jeg over tid fått innblikk i pasienters opplevelse av utfordringer knyttet til manglende koordinering av undersøkelser og behandling for kreft. Jeg har lenge undret meg over hvorfor det er slik. Hvorfor har ikke sykehusene funnet bedre løsninger på disse utfordringene? Hva skal til for at pasientene skal få oppleve et smidig og raskt forløp fra de kommer inn i sykehuset til de er ferdig behandlet? I oppdraget departementet ga de regionale helseforetakene i 2011, ble det uttalt at forløpstidene skal være normerende og førende for helseforetakenes organisering og logistikk. Det er min nysgjerrighet om departementets føringer har ført til organisatoriske endringer i sykehusenes kreftbehandling som har ledet meg til temaet for denne oppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til alle dere som takket ja til å bli intervjuet i studien min og som satte av tid i en meget travel arbeidshverdag. Jeg møtte ti engasjerte ledere som var reflekterte og som villig delte av sin erfaring. Det var inspirerende og lærerikt å møte dere, og uten deres innsats hadde ikke denne oppgaven blitt til. Tusen takk skal dere ha!

Jeg er takknemlig for at familien har vist stor tålmodighet med meg mens jeg har arbeidet med oppgaven. Jeg vil også takke min arbeidsgiver, Helse- og omsorgsdepartementet, som har gitt meg tid og anledning til å fullføre prosjektet.

Takk til Deborah Ann Arnfinsen, studiekonsulent ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, for praktisk hjelp, støtte og oppmuntring. Sist men ikke minst vil jeg rette en særlig stor takk til min veileder Eli Feiring for sin faglige innsikt og sine konstruktive innspill i arbeidet med masteroppgaven. Dine motiverende egenskaper har vært til stor inspirasjon!

Oslo, november 2012

Hilde Marie Rognlie

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstillinger for undersøkelsen	1
1.2	Oppbygning av oppgaven.....	2
2	Bakgrunn	4
2.1	Nærmere om forløpstider - erfaringer fra andre land	4
2.1.1	Utvikling av forløpstider i Danmark	4
2.1.2	Tilsynsrapport om kreftbehandling i Nederland	5
2.2	Helsetilsynets risikorapport på kreftområdet	6
2.3	De regionale helseforetakene og departementets oppdrag	9
2.4	Nasjonale konferanser om forløpstider.....	13
3	Teori	16
3.1	Perspektiver på iverksetting.....	18
3.2	Iverksetting av faglige retningslinjer	20
3.3	Organisasjonskultur	23
3.4	Ledelse.....	24
3.5	Organisasjonsstruktur	26
3.6	Mål.....	29
3.7	Faktorer som antas å fremme eller hemme organisatoriske endringer	30
4	Metode.....	32
4.1	Kvalitative intervjuer	32
4.2	Utvalg	33
4.3	Intervjuguide.....	35
4.4	Bearbeiding av data	36
4.5	Metodiske betraktninger	36
4.6	Intervjusituasjonen.....	38
5	Funn og tolkninger	39
5.1	Om iverksetting av faglige retningslinjer	39
5.2	Om organisasjonskultur	45
5.3	Om ledelse	48
5.4	Om organisasjonsstruktur	53

5.4.1	Om henvisninger	54
5.4.2	Kreftutredning og behandling – stafett eller lagspill?	57
5.4.3	Om informasjon og samarbeid	67
5.5	Ulike mål – økonomi eller helsetjenester?	69
5.6	Metodiske betraktninger og begrensninger	72
6	Oppsummering og konklusjon	75
6.1	Har veiledende forløpstider ført til organisatoriske endringer i sykehus?.....	75
6.2	Hvordan opplever avdelingsledere føringene om veiledende forløpstider?	75
6.3	Hvilke forhold og faktorer mener avdelingsledere hemmer, eventuelt fremmer gjennomføring av forløpstider i sykehusene?	76
6.4	Hvordan sikrer avdelingsledere god kontinuitet i utredning og behandling?	77
6.5	Hvordan opplever avdelingsledere sin rolle i prosessen?	77
6.6	Konklusjon.....	78
	Litteraturliste	79
	Vedlegg	85

1 Innledning

Sommeren 2011 ble det innført veiledende tidsfrister for vurdering, utredning, og behandling av kreft i Norge. En viktig årsak til at departementet satte fortløp i arbeidet med forløpstider var Helsetilsynets risikorapport på kreftområdet som kom i mai 2010. Rapporten viste blant annet for lang utredningstid for kreftpasienter. Departementet innhentet erfaringer om forløpstider fra Danmark, som for noen år tilbake hadde innført såkalte forløpstider for kreft.

Helse- og omsorgsdepartementet ga oppdraget til de regionale helseforetakene i det reviderte oppdragsbrevet 1. juli 2011. De veiledende tidsfristene går ut på at henvisningen skal være vurdert innen 5 virkedager, utredning skal være igangsatt innen 10 virkedager og første behandling skal starte innen 20 virkedager etter mottatt henvisning. Målkravet til de regionale helseforetakene er at 80 prosent av pasientene kommer innenfor de foreslåtte forløpstidene, og det skal rapporteres på dette i de regionale helseforetakenes årlige melding til departementet. I departementets oppdrag i 2011 gikk det fram at forløpstidene er normerende og førende for helseforetakenes organisering og logistikk. Tema for denne oppgaven er å undersøke nærmere om ledere jeg har intervjuet mener at disse tidsfristene har hatt konsekvenser for hvordan sykehusene organiserer sin kreftbehandling.

1.1 Problemstillinger for undersøkelsen

Det har i de siste årene vært økt oppmerksomhet på pasientforløp i sykehus, særlig for kreftpasienter. Dette er synliggjort gjennom blant annet Helse- og omsorgsdepartementets krav i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene, og i de regionale helseforetakens eget arbeid for å gjøre pasientforløpet mer strømlinjeformet og effektivt. Siden sommeren 2011 har departementet gitt styringssignaler til de regionale helseforetakene om normerende tidsfrister for kreftbehandling. Styringssignalene gir føringer for når kreftpasienter skal få sine henvisninger vurdert, hvor raskt utredningen skal være foretatt og når første behandling skal være iverksatt. Departementet har satt et mål om at 80 % av kreftpasientene skal ha igangsatt behandling innen 20 virkedager. Det er foreløpig begrenset informasjon om hva disse normerte forløpstidene har ført til av endrede arbeidsmåter i

sykehusene. Hovedmålsettingen med denne oppgaven er derfor å bidra til økt innsikt i hva sykehusenes utfordringer består i for å få til bedre og raskere pasientforløp.

Helsetilsynets rapport om risikobildet av norsk kreftbehandling sier noe om hva årsaken kan være til at det brukes for lang tid i sykehusene til å gjennomføre utredning og behandling av kreftpasienter. I følge risikorapporten er det blant annet for dårlig koordinering av de ulike ledd i behandlingskjeden innad i sykehuset. For å få mer kunnskap om hva dette kan skyldes, er det viktig med en så åpen og deskriptiv tilnærming til dette materialet som mulig. Jeg har derfor valgt følgende overordnede forskningsspørsmål:

Hovedproblemstillingen i denne undersøkelsen går ut på å finne ut om avdelingsledere i sykehus mener at innføring av forløpstider har hatt betydning for organisering av kreftbehandling i sykehuset.

Delproblemstillinger jeg ønsker å belyse er:

- Hvordan opplever avdelingslederne føringene om veiledende forløpstider?
- Hvilke forhold og faktorer mener de hemmer, eventuelt fremmer gjennomføring av forløpstider i sykehusene?
- Hvordan sikrer de god kontinuitet i utredning og behandling?
- Hvordan opplever de sin rolle i prosessen?

1.2. Oppbygning av oppgaven

Jeg vil i kapittel 2 først gjøre rede for utvikling av forløpstider for kreft i Danmark og erfaringer fra tilsyn med kreftbehandling i Nederland. Deretter oppsummerer jeg Helsetilsynets risikorapport på kreftområdet. Jeg gjør videre rede for departementets oppdrag til de regionale helseforetakene om normerte forløpstider for kreft og Helse Sør-Øst sitt oppdragsdokument til sine helseforetak.

Etter presentasjonen av de undersøkelser som er gjort når det gjelder pasientforløp på kreftområdet, bruker jeg et teoretisk begrepsapparat som kan gi grunnlag for å forstå de

utfordringer som undersøkelsene har avdekket. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i organisasjonsteori for offentlig sektor for å belyse problemstillingene, og denne framstilles i kapittel 3. Bakgrunn for valg av metode blir gjort rede for i kapittel 4 og deretter beskrives metodisk framgangsmåte. Funnene fra intervjuundersøkelsene og tolkninger av disse blir gjort rede for i kapittel 5 i lys av teori og tidligere empiri. I kapittel 6 oppsummeres og konkluderes mulige implikasjoner for organisering av kreftbehandling i sykehus.

2 Bakgrunn

2.1 Nærmere om forløpstider - erfaringer fra andre land

Jeg vil i det følgende kort beskrive innføringen av forløpstider for kreft i Danmark. Deretter redegjør jeg for en tilsynsrapport om kreftbehandling i Nederland, før jeg presenterer resultatene fra Helsetilsynets risikorapport om kreftbehandling i Norge. Deretter redegjør jeg for departementets oppdrag til de regionale helseforetakene og Helse Sør-Øst sitt oppdrag til sine helseforetak. Jeg oppsummerer til slutt noen hovedpunkter fra to nasjonale kreftkonferanser fra 2011 og 2012.

Det finnes flere internasjonale prosjekter som bidrar til å synliggjøre erfaringer og kunnskap om kreftbehandling fra andre land, i hovedsak europeiske land, blant annet European Partner Action Against Cancer¹ og International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP).² Jeg vil ikke gå nærmere inn på disse her.

2.1.1 Utvikling av forløpstider i Danmark

I oktober 2007 inngikk Danske Regioner og den danske regjeringen en avtale om utarbeidelse av pakkeforløp for alle kreftformer som skulle hvile på felles nasjonale kliniske retningslinjer med faglig begrunnede forløpstider.

Formålet med pakkeforløp ble beskrevet å være at *”alle pasienter skal oppleve et vel tilrettelagt, faglig fundert forløp, uten unødig ventetid under utredning og behandling. Formålet er å forbedre prognosen og livskvaliteten for pasientene.”* (Sundhedsstyrelsen, 2007).

I 2008 ble det utarbeidet og implementert pakkeforløp for alle kreftformene.³ I de første utgavene av pakkeforløpene ble det formulert nøyaktige forløpstider, men forløpstidene ble ikke beskrevet ensartet i de enkelte pakkeforløp. Senere er det gjort noen endringer ved at

¹ Helsedirektoratet, 2011, Rapport IS-0342, *Internasjonalt arbeid i Helsedirektoratet 2011*

² Cancer Research UK, (01.12.2010), *International Cancer Benchmarking Project*, <http://www.icbp.org.uk>

³ Sundhedsstyrelsen 28. april 2009, notat forløpstid i pakke

forløpstidene er beskrevet mer ensartet, slik at det skapes mer fleksibilitet i pakkeforløpene og at den enkelte pasient på denne måten sikres det best mulige individuelle forløp.

Et pakkeforløp er definert som et standard pasientforløp som de fleste pasienter vil kunne følge. Det beskriver det helsefaglige forløp, informasjon til pasienten, den organisatoriske tilretteleggingen og forløpstidene. Det er utarbeidet detaljerte forløpetider for hvert pakkeforløp. Forløpstidene i et pakkeforløp beskriver:

- Den tid de enkelte undersøkelser, prosedyrer og behandlinger tar – dette kalles den faglig begrunnede forløpstiden.
- Den tid det må gå mellom de enkelte elementer underveis i forløpet – den tiden som for eksempel går med til vurdering av svar og informasjon til pasienten.
- Den tid som er nødvendig for pasienten for å treffe en beslutning om samtykke til for eksempel en operasjon – og tid til stabilisering av eventuell komorbiditet.

De danske forløpstidene er beskrevet uten at det er tatt hensyn til eksisterende kapasitets- og ressursforhold. Det framgår at det er den enkelte region som er ansvarlig for å planlegge at tiden fra begrunnet mistanke til start på behandling blir uten unødig ventetid.

Rapporten *"Monitorering af kræftområdet: tid fra henvisning modtaget på sygehus til start af behandling - 2. halvår 2009"* viser at kreftpasienter innenfor en rekke store kreftområder venter kortere tid på behandling over perioden fra 1. halvår 2008 til 2. halvår 2009. Særlig ses en tendens til fall i antall dager fra henvisning mottatt på sykehus til start på behandling for kreft i mannlige kjønnsorganer, kreft i hjernen, føflekkreft (malignt melanom) og hematologiske kreftformer. For personer diagnostisert med brystkreft ses en tendens til at antallet dager fra henvisning mottatt på sykehus til start på behandling er stigende som tegn på kapasitetsutfordringer.⁴

2.1.2 Tilsynsrapport om kreftbehandling i Nederland

Det nederlandske helsetilsynet publiserte i 2009 en rapport om tilsyn med kreftbehandling i Nederland. Hovedfunnene er beskrevet i Helsetilsynets risikorapport (4/2010, s. 27-29). Det

⁴ Monitorering af kræftområdet: tid fra henvisning modtaget på sygehuset til start af behandling, 2. halvår 2009, Udgivet af: Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen, august 2010

nederlandske helsetilsynet undersøkte behandlingskjeden for 14 pasienter ved hver av 10 stråleterapisentre og 20 henvisende sykehus. De fant vesentlige forskjeller i kvalitet mellom sykehus og mellom avdelinger innen samme sykehus. Hovedfunnet var at behandlingskjeden var ekstremt fragmentert, og at den inneholdt for mange overføringspunkter (”transfer moments”) med mulighet for svikt. Hovedanbefalingen i rapporten var at det bør være en person innen behandlingskjeden som opprettholder en samlet oversikt over behandlingsforløpet, og som har tilstrekkelig autoritet til å foreta tilpasninger i behandlingsprosessen når det er nødvendig. Rapporten viste også at det sjelden ble funnet skrevne, oppdaterte behandlingsplaner. Funnene i den norske risikorapporten for kreft, med svikt i utredningslogistikk, informasjonsutveksling og kontinuitet er i følge Helsetilsynets risikorapport sammenfallende med de nederlandske funnene (Statens helsetilsyn, 2010, s.17).

2.2 Helsetilsynets risikorapport på kreftområdet⁵

I følge Statens helsetilsyn er det en målsetting å styrke tilsynet med spesialisthelsetjenesten. Som et ledd i denne styrkingen ønsker Statens helsetilsyn å gjennomføre risikoanalyser på nasjonalt nivå av diagnosegrupper eller medisinske fagområder. Norsk kreftbehandling ble valgt til å være en pilot i denne første risikoanalysen. I Helsetilsynets rapport vises det til Norsk pasientskadeerstatnings ”*Statistikk for de regionale helseforetak – 2008*”, der ett av temaene er svikt i diagnostikk. Det framgår av denne statistikken at av alle medholdssaker om svikt i diagnostikk, utgjorde svulster og kreftsykdommer 26 % av alle fagområder. Videre framgår det at svikten, som resulterte i at kreftpasienter ikke fikk diagnosen til rett tid, kan grupperes i fire kategorier (Statens helsetilsyn, 2010, s. 25):

I over halvparten av sakene (57 prosent) kommer det fram at svikten i diagnostikk skyldes at pasienten ikke ble fulgt opp med riktige eller nødvendige undersøkelser, og at den mangelfulle utredningen i mange tilfeller er et resultat av at man avvirket situasjonen for lenge, eller unnlot å foreta undersøkelser som man ut fra pasientens symptomer burde ha utført.

⁵ Rapport fra Helsetilsynet 4/2010: Risikobildet av norsk kreftbehandling

Den nest hyppigste feilen som ble gjort (29 prosent) er feiltolkninger av bildemateriale, prøveresultater og kliniske symptomer, og seinere undersøkelser av for eksempel de samme røntgenbildene viste at det burde ha vært mulig å se svulsten.

Den tredje største kategorien av feil (12 prosent) er rutinesvikt, det vil si at henvisninger ikke ble sendt, pasienten ble ikke informert om prøveresultater som viste kreft og/eller ble ikke innkalt til undersøkelser og kontroller.

Slik jeg forstår det, var disse opplysningen fra Norsk pasientskadeerstatning, som Statens helsetilsyn hadde bestilt, medvirkende til at kreftbehandling ble valgt som pilot for Helsetilsynets risikoanalyse.

Kreftbehandling omfatter hele omsorgskjeden med diagnostikk, behandling, oppfølging, lindrende og terminal behandling. Helsetilsynets hovedmål med en forenklet risikoanalyse var å identifisere minst 15 av de viktigste uønskede hendelsene/forhold i norsk kreftbehandling og rangere disse i en risikomatrise. Helsetilsynets undersøkelse besto av litteratursøk nasjonalt og internasjonalt og gjennomgang av ulike datakilder om uønskede hendelser/forhold.

Risikoanalysen ble sammenholdt med det informasjonsbildet Helsetilsynet hadde fra før. Helsetilsynets konklusjon var at risikonivået i norsk kreftbehandling er for høyt. Det ble identifisert 16 uønskede hendelser/forhold, hvorav de fire viktigste ble pekt ut til å være utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt, kontinuitet og komplikasjonsovervåkning. Den aller viktigste risikofaktoren i følge Helsetilsynet var forsinkelse i diagnostikk på ulike nivåer, og pekte på det de mente var de 16 viktigste uønskede hendelser/forhold. For å gjøre bildet mer oversiktlig, har jeg valgt å gruppere de ulike forholdene i fem hovedpunkter: henvisninger, diagnostikk, behandling, informasjon/kommunikasjon og arbeidsmiljø:

Hovedgrupper av funn	Beskrivelse av funnene
Henvisninger	Henvisninger blir forsinket eller borte. Sviktende mottak og oppfølging av prøvesvar.
Diagnostikk Radiologi Patologi	Forsinkelser i diagnostikk på ulike nivåer (i kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten, ventetid på utredning og prøvesvar). Svikt i radiologisk service (ventetid, kvalitet og koordinering mellom institusjoner, både offentlige og private). Feildiagnostikk eller mangelfullt utført diagnostikk.
Behandling Kirurgi Strålebehandling Kontinuitet i behandlingen Komplikasjonsovervåkning Volum og kvalitet Infeksjoner Overbehandling Palliasjon	Svikt i kirurgisk behandling (initialbehandling, komplikasjoner). Senkomplikasjoner ved strålebehandling kan overses, oppfølging ikke nok risikobasert. Svikt i kontinuitet i behandlingen, for mange aktører involvert og for dårlig flyt i behandlingsforløpet mellom aktørene. Manglende nasjonal oversikt og monitorering av alvorlige komplikasjoner. For få pasienter behandles i noen helseforetak, kan gi sviktende kvalitet og behandlingsresultat Svikt i smitteforebyggelse og infeksjonsbehandling. Behandlingsgrensene tøyes ved langtkommen kreft. Svikt i lindrende behandling, særlig for pasienter i sluttfasen i kommunehelsetjenesten.
Informasjon/kommunikasjon Svikt i informasjonsflyt/ koordinering Svikt i informasjon	Svikt i informasjonsflyt/koordinering mellom aktører. Mangler en komplett, oppdatert nasjonal informasjonsportal for gjeldende anbefalinger og handlingsprogrammer. Svikt i informasjon og involvering av pasient og pårørende.
Arbeidsmiljø	Utbrenthet av personalet og et utilfredsstillende arbeidsmiljø som kan svekke pasienttilbudet.

I Helsetilsynets rapport framkommer det at sen diagnostikk ble vurdert til å være den viktigste risikofaktoren. Diagnostikk omhandler hele kjeden fra fastlege til spesialavdelinger hvor ventetid, svikt i selve informasjonsutvekslingen og dårlig koordinering på ulike måter bidrar til forsinkelsene. Helsetilsynet peker i sine anbefalinger om oppfølging blant annet på at det er grunn for Helse- og omsorgsdepartementet til å se på myndighetskravene i ventetidsgarantien. Helsetilsynet mener det er behov for at Helsedirektoratet ser på rutineene for utarbeidelse og oppdatering av de nasjonale handlingsprogrammene på kreftområdet, samt se på utviklingen av risikoindikatorer i kreftbehandlingen for å kunne tallfeste og følge utviklingen bedre på mange risikoområder. Helsetilsynet mener videre at det høye risikobildet i norsk kreftbehandling langt på vei er et ledelsesproblem, og at de regionale helseforetakene og helseforetakene bør se nærmere på flere spørsmål, blant annet hvilke aktiviteter helseforetakene har i sitt kontinuerlige forbedringsarbeid, og hvor virkningsfulle disse aktivitetene er.

Helsetilsynet peker også på at helseforetakene, sammen med kommunens helse- og sosialtjeneste, har et ansvar for at pasientene skal få et helhetlig behandlingsforløp. Videre viser Helsetilsynet til at kommunehelsetjenesten har en sentral og viktig rolle i de ulike fasene i kreftbehandling, og viser særlig til lindrende behandling i sluttfasen.

Helsetilsynets risikorapport lå til grunn for Helse- og omsorgsdepartementets krav til de regionale helseforetakene i 2011 om normerte forløpstider for de ulike delene av behandlingsforløpet, jf. kapittel 2.3.

2.3 De regionale helseforetakene og departementets oppdrag

Gjennom Helse- og omsorgsdepartementets styringslinje til de regionale helseforetakene sender departementet hvert år oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene.

Helseforetaksloven § 16 annet ledd hjemler departementets mulighet til å stille vilkår til de regionale helseforetak når det tilføres ressurser, og dette gjøres i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetak. Disse utarbeides en gang årlig, og sendes til de regionale helseforetak etter Stortingets budsjettvedtak i slutten av desember. Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene. Styringslinjen overfor helseforetakene er delt i to. Den skjer gjennom oppdragsdokumentet og gjennom foretaksmøtet i januar. I foretaksmøtet stiller departementet krav i kraft av å være eier. De regionale helseforetakene rapporterer på oppdragsdokumentets krav til departementet innen den 1. mars året etter dokumentets gyldighetsperiode. Dette er også hjemlet i helseforetaksloven, § 34.

Gjennom helseforetaksreformen i 2002 ble den regionaliserte spesialisthelsetjenesten formalisert og fem regionale helseforetak ble etablert. I 2007 ble helseregionene Helse Sør og Helse Øst slått sammen til en helseregion, Helse Sør-Øst, slik at det nå er fire helseregioner. I hver av dem har et regionalt helseforetak ansvar for å sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester. De fire regionale helseforetakene, Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst, har ansvaret for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester.

I tillegg til å drive sykehusene har de regionale helseforetakene oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. De regionale helseforetakene løser sine pålagte oppgaver enten ved at sykehus eid av de regionale helseforetakene utfører oppgavene, eller at tjenestene tilbys av private.

Staten eier de regionale helseforetakene og styrer gjennom lov, vedtekter, foretaksmøte og oppdragsdokument. Departementet utpeker også de regionale helseforetakenes styrer.

Allerede i oppdragsdokumentet for 2010 ble det gitt styringssignaler fra departementet til de regionale helseforetakene om, i samarbeid med Helsedirektoratet, ”å starte arbeidet med å utarbeide forslag til styringsvariable/indikatorer på gode forløp uten uønskede brudd og forsinkelser for pasienter med de hyppigste kreftformene” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, s. 12). I statsbudsjettet for 2011 er det en kort omtale av Helsetilsynets risikorapport, og departementet varsler her at de i oppdragsdokumentet for 2011 vil ha fokus på en videre utvikling av kreftområdet, med særlig vekt på risikofaktorene i Helsetilsynets rapport.

I departementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene 2011, tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 120 S (2010-2011) i juli 2011, ble det fastsatt følgende normerte forløpstider: henvisningen skal være vurdert innen 5 virkedager, utredning skal være igangsatt innen 10 virkedager og første behandling skal starte innen 20 virkedager etter mottatt henvisning.

Det framgår av departementets oppdrag at det lovmessige grunnlaget fortsatt er pasientrettighetsloven § 2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester (prioriteringsforskriften). I følge prioriteringsforskriften skal de pasienter som blir tildelt *rett til nødvendig helsehjelp* få en frist for når faglig forsvarlighet krever at helsehjelpen senest skal starte. En hver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få helsetilstanden vurdert innen 30 dager. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom bør det være en maksimumsfrist på 15 dager. For nærmere beskrivelse av rett til nødvendig helsehjelp og prioriteringsforskriften vises det til vedlegg 2.

I statsbudsjettet for 2012 (St. prp. nr 1 Helse- og omsorgsdepartementet (2011-2012)) er kreftbehandling omtalt under særskilte satsingsforslag, og det vises til Helsedirektoratets publisering av anbefalte forløpstider for kreft og målet om at 80 % av pasientene skal komme innenfor de foreslåtte forløpstidene. Videre står det at: ” *Forløpstidene vil være førende for*

helseforetakenes organisering og logistikk og vil gjøre det nødvendig at helseforetakene har fokus på og treffer tiltak for å fjerne flaskehalser. Forløpstidene til første behandling for tykktarmskreft, lungekreft og brystkreft er styringsparametre i oppdragsdokumentet for 2011.”

For nærmere beskrivelse av Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til de regionale helseforetakene vises det til vedlegg 2.

I oppdragsdokumentet for 2012 er det i tillegg til målsettingen om at 80 prosent av kreftpasientene har forløp innenfor de fastsatte forløpstidene, også en målsetting at pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson som skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, og om rettigheter og ventetider. Det presiseres at det vil være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere pasientforløpet for pasienten.⁶

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene stilles det krav om tertialvis rapportering når det gjelder grad av måloppnåelse, det vil si grad av oppnåelse av målet om at 80 % av pasientene skal ha igangsatt behandling innen 20 virkedager for brystkreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Resultater⁷ så langt viser at i første tertial 2012 varierte andelen som fikk påbegynt behandling innen 20 virkedager med henholdsvis 66 prosent for brystkreft, 57 prosent for tykktarmskreft og 38 prosent for lungekreft på landsbasis. Sammenlignet med samme periode i 2011 viser utviklingen på landsbasis at andelen er økende for brystkreft og lungekreft, med henholdsvis fire og tre prosentpoeng, mens den går ned med ett prosentpoeng for tykktarmskreft. Median tid fra mottatt henvisning til første behandling fra første tertial 2011 til første tertial 2012 ble på landsbasis redusert med to virkedager for lungekreft til 27 virkedager og med én virkedag for brystkreft, til 16 virkedager. Median tid i samme periode har gått opp med én virkedag til 16 virkedager for tykktarmskreft.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 16. desember 2010 sak 85-2010 ”Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst” der styret blant annet vedtok:

”Styret ber administrerende direktør om å sørge for at ventetid for kreftbehandling er i tråd med prioriteringsforskriftene, og at forutsetninger om sammenhengende behandlingsforløp

⁶ Jf Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a Koordinator

⁷ <http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Tid-fra-henvisning.aspx>

beskrives med sikte på bl.a. å fastsette maksimal ventetid fra mistanke om ondartet kreft til utredning og behandling, innen de ulike kreftområdene.”

Regionalt fagråd for kreft i Helse Sør-Øst fikk våren 2011 i oppdrag fra Helse Sør-Øst å utrede problemstillingene knyttet til sammenhengende behandlingsforløp og forslag til maksimal ventetid i de ulike utrednings- og behandlingsfasene, og gi en selvstendig tilrådning. Kort tid etter at det regionale fagråd for kreft fikk dette oppdraget fra Helse Sør-Øst, sendte departementet ut sitt oppdrag om forløpstider i tilleggskokument til oppdragsdokumentet for 2011.

De regionale helseforetakene sender egne oppdragsdokument til sine respektive helseforetak. Departementets føringer i tilleggskokumentet til oppdragsdokumentet for 2011, er videreført i Helse Sør-Østs oppdrags- og bestillingsdokument for 2012 til helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF. Når det gjelder kreftbehandling, er departementets føringer om at 80 prosent av kreftpasientene skal ha forløp innenfor de anbefalte forløpstider videreført i oppdragsdokumentet Helse Sør-Øst sendte til sine helseforetak. Det er blant annet oppstilt følgende mål for 2012, og eksempelet her er hentet fra oppdragsdokumentet til Oslo universitetssykehus HF:

- *”Det skal gjennomføres tiltak for å redusere flaskehalser for kreftpasienter.*
- *80 % av kreftpasienter skal ha forløp innenfor anbefalte forløpstider:*
- *5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisning er vurdert.*
- *10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.*
- *20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.*

Pasienter som henvises med mistanke om kreft skal få utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.

...

Det skal, i samarbeid med brukere og kommunen, tilrettelegges for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem for pasienter med kreft og utvikles minimum to nye behandlingslinjer i 2012.”

Sistnevnte kulepunkt er ikke et punkt i departementets oppdragsdokument til de regionale helseforetak, men et krav Helse Sør-Øst RHF stiller til sine helseforetak.

2.4 Nasjonale konferanser om forløpstider

Jeg vil her referere til to nasjonale konferanser om forløpstider i henholdsvis 2011 og 2012 som jeg mener er relevante for min undersøkelse. 22.- 23. november 2011 arrangerte Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet en konferanse om forløpstider, logistikk og organisering på kreftområdet i spesialisthelsetjenesten. Jeg var selv ikke til stede på konferansen, men jeg har fra Helsedirektoratet fått tilgang til foredragsholdernes presentasjoner. Jeg finner det relevant å rapportere noen tendenser i det som kom fram på konferansen gjennom å referere fra noen av de presentasjoner som ble gitt. Noen av presentasjonenes budskap har hatt betydning for hvordan jeg har utarbeidet og vinklet spørsmålene mine i intervjuguiden, og vil til en viss grad også bli gjenstand for tolkning og drøfting i kapittel 5.

De forberedte innleggene omhandlet i hovedsak flaskehalser i pasientforløpene og behovet for organisatoriske tilpasninger for å kunne iverksette behandling innen 20 dager for 80 prosent av kreftpasientene. Som en foredragsholder sa: *”Kreftutredning er ikke som stafett med en og en etappe. Det er som fotball med mange aktører samtidig, der det som skjer ett sted på banen endrer forutsetningen for det andre skal gjøre. Kreftutredning er et prosjekt på tvers av avdelinger (og ofte HF), med behov for en prosjektleder.”*

Videre fremhevet samme foredragsholder at *”den store utfordringen vil derfor ikke være en stabil økning av antall biopsier, radiologiske undersøkelser, konsultasjoner eller behandlingsprosedyrer, men helt andre og tidkrevende krav til logistikk og koordinering.”*

Patologi og radiologi ble ansett som viktige og vanskelige flaskehalser, og når det gjelder radiologi ble det fremhevet at det er behov for standardisering av retningslinjer/prosedyrer for

å unngå dobbeltprosedyrer og for å heve kvaliteten. Det ble videre pekt på at det at diagnostikken foregår i separate løp, fører til ”utbredt og avgjørende svikt.”

Å bruke merkantilt ansatte med spesiell erfaring eller opplæring, eventuelt sykepleiere, som pasientkoordinatorer, ble fremhevet av flere av foredragsholderne. Av oppgaver som en slik koordinator kan gjøre er blant annet å bestille alle undersøkelser lege har rekvirert og koordinere dem, slik at de ikke kolliderer tidsmessig. Andre oppgaver er å følge pasienten gjennom det planlagte programmet, bestille konsultasjon, dagbehandling eller innleggelse når det blir ansett som en nødvendig del av utredningen og legge til rette for tverrfaglige møter mellom kirurg, patolog, radiolog, onkolog etc. Transplantasjonskoordinator ble blant annet trukket fram som forbilde for en slik koordinatorrolle. Legespesialistens rolle ble det sagt, er å være medisinsk planlegger, ikke er logistikkmedarbeider.

Fra en fastleges synspunkt, ble det sagt følgende: *”Et stort problem for oss i primærhelsetjenesten er tilgang på radiologiske tjenester. Det forsinker både henvisning og vurdering. Og når pasienten blir mottatt på sykehuset er de ofte ikke fornøyd med røntgenundersøkelsene som er utført utenfor sykehuset, slik at de må gjøres på nytt. Kostnadskrevende og økt strålebelastning. Her mangler det flyt.”*

Det framkom videre fra samme fastlege at *”... behov for god utredningslogistikk som unngår formålsløs fram-og-tilbake mellom fastlege og sykehus, mellom private spesialister og sykehus, og mellom ulike avdelinger i sykehuset.”* Utredningspakker ble fremhevet som veien å gå videre. Blant annet ble det henvist til ”lungepakken” på Universitetssykehuset i Nord-Norge⁸ og til Danmarks ”kreftpakker”.

Det ble arrangert ytterligere en konferanse om forløpstider for kreft 19. mars 2012, *”Godt forløp for kreftpasienter mellom fastlege og sykehus”*, der temaet var samhandling mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten. Jeg var selv til stede ved deler av konferansen, men fordi jeg ikke hadde anledning til å være tilstede hele tiden, baserer jeg mine eksempler her fra presentasjonene til noen av foredragsholderne. Konferansens hovedtema var samhandling mellom fastlege og sykehus, og dette er ikke problemstillinger jeg vil foreta en inngående drøfting av. Flere foredrag berørte imidlertid også forhold innen spesialisthelsetjenesten, og det er disse forholdene jeg refererer til her, og som vil gå inn i min tolkning.

⁸ <http://www.unn.no/fastlegenytt/lungepakken-roentgen-thorax-innen-24-timer-article70921-24459.html>

En av foredragsholderne mente at årsakene til det er et høyt risikonivå i kreftomsorgen i Norge blant annet skyldes ledelsessvikt. Foredragsholderen mente det fantes flere nærliggende løsninger, blant annet bedre legekontinuitet, særlig for onkologer, og at dette ville være både kostnadsfritt og virkningsfullt. Den samme foredragsholderen pekte på flere grunner til problemene med kontinuitet i behandlingen, blant annet at ansvaret ikke oppfattes, eller det er uklart, og at frontlinjeledere måles for lite på god drift og kvalitet: *”Du gjør det du måles på”*. Vanskeligheter med å omdisponere ressurser ble også nevnt som en forklaring på den manglende kontinuiteten i behandlingen.

En annen foredragsholder uttrykte problemet slik i forbindelse med sen behandling av en pasient: *“Elendig IT infrastruktur, poliklinikkene har aldri oversikt over hva som er gjort før.”*

En foredragsholder fra et annet regionalt helseforetak oppsummerte noen endringer som hadde skjedd i forlengelsen av arbeidet med standardiserte pasientforløp i deres kvinneklinikk ved universitetssykehuset. Foredragsholderen rapporterte at *”...MR-timer disponeres av oss”*.

Videre viste samme foredragsholder til at det var blitt mer utfyllende opplysninger i henvisningen for å kunne planlegge den preoperative vurderingen best mulig og for å unngå strykninger, og at det hadde blitt en effektivisering av mottak av pasienter.

Jeg har her gjengitt enkelte inntrykk og sitater fra innlegg ved to konferanser som er avholdt det siste året om pasientforløp. Som det fremgår av sitatene var det en klar tendens til at deltakerne påpekte behov for både bedre ledelse og bedre organisering for å få til et mer strømlinjeformet pasientforløp for kreftpasienter. Det kom også til syne en stor grad av enighet om at de viktigste flaskehalsene var radiologi og patologi, og at det er et behov for en leder å kunne ha oversikt og kontroll over alle ressurser i et pasientforløp i spesialisthelsetjenesten.

3 Teori

Intensjonen med innføring av forløpstider for kreft var i følge Helse- og omsorgsdepartementet blant annet følgende: ” *Forløpstid beskriver når de forskjellige elementene i et behandlingsforløp (vurdering, utredning og behandling) senest skal starte etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt en henvisning. Hva som er medisinsk faglig forsvarlig, må imidlertid vurderes for den enkelte pasient. En slik vurdering kan tilsi et raskere forløp enn det som følger av de normerte forløpstider. Forløpstidene er normerende og førende for helseforetakenes organisering og logistikk*” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

For å kunne undersøke nærmere hvilke elementer det er som fremmer og/eller hemmer prosessen med å etablere gode behandlingsforløp for kreftpasienter i sykehus, vil det være hensiktsmessig å vurdere disse prosessene i lys av teori. I Helsetilsynets rapport fremgår det at det høye risikobildet i norsk kreftbehandling langt på vei er et ledelsesproblem (Statens helsetilsyn, 2010, s.20). Helsetilsynet uttaler videre i sin rapport at de mener de regionale helseforetakene og helseforetakene bør se nærmere på blant annet hvordan risikostyring og evaluering av resultatene med risikostyring er integrert i lederkontrakter, og at de regionale helseforetakene og foretakene bør se nærmere på hvilke aktiviteter helseforetakene har i sitt kontinuerlige forbedringsarbeid, og hvor virkningsfulle disse aktivitetene er. Helsetilsynet vurderer også at sen diagnostikk er den viktigste risikofaktoren, og hvor svikt i selve informasjonsutvekslingen og dårlig koordinering på ulike måter bidrar til forsinkelsene.

De 16 uønskede forhold som Helsetilsynet har avdekket sier ingenting om betydningen av organisering av virksomheten i helseforetakene. Jeg tror måten helseforetakene er organisert på er viktig for å få til optimale pasientforløp. På bakgrunn av den informasjonen som framkommer i Helsetilsynets rapport mener jeg organisering og ledelse framstår som helt sentralt for å forstå hva som har skjedd og hva som skjer i sykehusene for at de skal kunne nå myndighetenes målsetting om at 80 prosent av kreftpasientene skal ha igangsatt behandling innen 20 virkedager. Jeg vier derfor mye plass til en teoretisk forståelse av organisasjonskultur og ledelse, og gjør rede for teoretiske innfallsvinkler til ledernes oppfatninger av betydningen av organisering.

Ledere opererer i den formelle strukturen de er omgitt av. Organisasjonsteorien peker på hvordan konteksten, både den strukturelle og den kulturelle, som omgir en leder gir muligheter for handling, men også klare føringer og begrensninger (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009, s. 122).

Det jeg ønsker å finne ut er om ledere jeg har intervjuet mener at sykehusenes organisering og logistikk har endret seg som følge av føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Og hvis ikke, hva kan grunnen(e) være til at så ikke har skjedd? Organisasjonsteorien vil peke på mange grunner til at endringer ikke skjer.

I forskningsprosessen har teorier først og fremst betydning som plattform og referanseramme, og en teoretisk modell uttrykker en forståelse av sammenhenger (Malterud, 2011). Den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre (Malterud, 2011).

For å kunne undersøke nærmere betydningen av ledelse og organisering i mitt arbeid, finner jeg det nødvendig å bruke et teoretisk begrepsapparat for å få forståelsen av hvorfor endringer skjer, eller ikke skjer som følge av innføring av forløpstider for kreft. Ved hjelp av organisasjonsteori vil jeg prøve å forklare hvilke faktorer det er som hemmer eller fremmer endringer i sykehus. Jeg vil søke å finne svar på dette ved å gjøre rede for teoretiske innfallsvinkler til organisasjonsendringer og se nærmere på iverksetting av faglige retningslinjer, organisasjonskultur, organisasjonsstruktur, ledelse og betydningen av mål for en organisasjon.

IT-systemer som ikke snakker sammen kan være en betydelig flaskehals. Mange opplever at informasjonen ikke er tilgjengelig for helsepersonell på en god måte, og at pasienten må gjenta de samme opplysninger gjentatte ganger gjennom et behandlingsforløp. Data lagres lokalt i hvert enkelt system, og dette betyr at pasientjournalen til en pasient i praksis er spredt over alle virksomhetene der pasienten har vært. I tillegg er det utfordrende å få systemene til å snakke sammen på en hensiktsmessig måte.

I Nasjonal helseplan (2006) ble bruk av IT framhevet som et viktig hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål. Og i St.meld. nr. 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen gis en analyse av sentrale problemstillinger som hindrer full utnyttelse av teknologien:

”Sektoren preges av mange ulike aktører med divergerende agenda og hvor styrkeforholdet mellom dem er skjevt. Analysen konkluderer bl.a. med et regelverk som ikke er helt tilpasset utviklingen. Det er for dårlig samlet nasjonal styring og samordning med få tilgjengelige virkemidler og fravær av et nasjonalt overgripende sentrum som leder og styrer utviklingen på feltet. Nasjonal styring er også krevende fordi aktørene er autonome og relaterer i liten grad til en nasjonal styrings- og gjennomføringsramme.”

Utveksling av pasientinformasjon er en stor utfordring for å sikre gode pasientforløp. Jeg går i min oppgave ikke inn i problemstillinger knyttet til disse utfordringene.

3.1 Perspektiver på iverksetting

De normerte forløpstidene er blitt implementert i de nasjonale handlingsprogrammene, med retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kreft. Et sentralt spørsmål er i hvilke grad disse følges opp. Det er derfor også sentralt å vurdere teoretiske arbeider om iverksetting av faglige retningslinjer.

Van Meter og Van Horn peker på strukturelle variable som kan påvirke iverksetting av politikk (Opedal, 2007). Dersom målet er uklart eller tvetydig, er det ikke enkelt å vite hva som skal iverksettes. De peker videre på fire andre faktorer som har betydning for iverksettingen: 1) organisatoriske forhold (primært styringsforholdet mellom sentral og lokal myndighet), 2) trekk ved de iverksettende enheter (evnen til å iverksette; kapasitet, kompetanse), 3) de økonomiske og politiske omgivelsene som omgir iverksettingen (interessegrupper, medier, politikere) og 4) iverksettende aktørers vilje til å iverksette tiltaket (insentiver/mangel på insentiver). Hvis målet er klart, styringskjeden entydig og iverksetterne har evne og vilje til å iverksette tiltaket, vil tiltaket i følge Van Meter og Van Horn med stor sannsynlighet bli virkeliggjort (Opedal, 2007).

Iverksetting påvirkes av flere forhold. I følge Opedal (2007), peker Christensen og Lægreid på tre ulike handlingslogikker som møtes gjennom sykehusreformen: En New Public Management (NPM)-inspirert *reformlogikk* basert på sentralisert og tilbaketrukket politisk makt der hensynet til administrativ autonomi, management og teknokratisk iverksetting veier tungt. En *politisk logikk* preget av det kortsiktige, dagsaktuelle og reaktive, ofte med

utgangspunkt i enkeltsaker, men også rutiner og ”tunge tidsrytmer”, og en *medisinsk logikk* preget av faglig profesjonalitet hvor hensynet til helbredelse kommer foran økonomi. Som Opedal (2007) påpeker, skiller sykehusene seg markant fra så vel private som offentlige byråkratier ved de profesjonelle faggruppers høye autonomi og sterke maktposisjon. Opedal peker på at faglig-medisinsk autonomi innebærer at sykehusene i betydelig grad styres nedenfra ut fra faglig profesjonalitet, og at i den grad iverksetting av helsepolitiske mål kommer på kant med de politiske og faglig-medisinske tradisjonene i sykehusene kan iverksettingen stoppe opp eller bli forsøkt gjort mer kompatibel med disse tradisjonene.

Helsetilsynets risikorapport viste blant annet at det er svikt i kontinuiteten i behandlingen, at det er for mange aktører og for dårlig flyt i behandlingsforløpet mellom aktørene. Rapporten peker på 16 områder hvor det er svikt og forsinkelser i utredning og behandling, og konkluderer blant annet med at det for høye risikonivået langt på vei er et ledelsesproblem. Med utgangspunkt i Helsetilsynets rapport har jeg stilt meg følgende spørsmål om forløpstider: Mener avdelingsledere i sykehus at innføring av forløpstider har hatt betydning for organisering av kreftbehandling i sykehuset? Hvordan opplever de føringene om veiledende forløpstider? Hvilke forhold og faktorer mener de hemmer, eventuelt fremmer gjennomføring av forløpstider i sykehusene? Hvordan sikrer de god kontinuitet i utredning og behandling? Hvordan opplever avdelingslederne sin rolle i prosessen?

Jeg har valgt å gå til organisasjonsteorien med faglig forankring i statsvitenskap for å belyse dette (Christensen, Lægreid, Roness, Røvig, 2009). Dette har jeg gjort fordi jeg mener organisasjonsteori kan bidra til å forstå hvordan organisatoriske prosesser foregår, og hvilke faktorer som kan ha påvirkning på hvorfor endringer skjer, eventuelt ikke skjer. Jeg har særlig gått inn i de kulturelle, strukturelle og ledelsesmessige elementene i teorien, men har også sett på hva organisasjonsteorien sier om betydningen av mål for hvordan en organisasjon struktureres.

Den sentrale helseforvaltningen har gjort aktiv bruk av en rekke styringsvirkemidler, som styringsdokumenter, foretaksmøter, intervensjon i enkeltsaker, tett vertikal dialog og styreoppnevning (Opedal og Stigen, 2005). I følge Opedal og Stigen (2005) har denne utviklingen skapt et tvetydig og ustabilt forhold mellom politisk styring og foretaksautonomien – drevet fra av et aktivt Storting og press fra omgivelsene. Når det gjelder organisering og

planlegging av tjenestetilbudet er det i henhold til helseforetaksloven § 28 opp til foretaksstyret å sørge for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet.

3.2 Iverksetting av faglige retningslinjer

De normerte forløpstidene for vurdering av henvisning, utredning og behandling er innarbeidet i de nasjonale handlingsprogrammene med faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kreft. Hvilken status har så de nasjonale handlingsprogrammene? De er ikke direkte rettslig bindende, men det er faglige anbefalinger og råd som skal være styrende for prioriteringer og skal bidra til faglig forsvarlighet.

For å få en bedre forståelse av de mekanismer som virker inn på iverksetting av forløpstider, finner jeg det derfor relevant å undersøke hva forskningen sier om iverksetting av retningslinjer og hvilke faktorer som hemmer og eventuelt fremmer iverksetting av faglige retningslinjer i klinisk praksis.

Hva er de potensielle barrierene for iverksetting? Hvilke tiltak bør vurderes for å legge til rette for de nødvendige atferdsendringene blant mottakerne av helsetjenestene, atferdsendringene blant helsepersonell, organisatoriske endringer og eventuelt systemendringer?

Faglige retningslinjer er definert som systematisk utviklede råd og konklusjoner for å hjelpe helsearbeider og pasient til å velge passende/hensiktsmessig behandling for en definert klinisk problemstilling (Statens Helsetilsyn, 2002). Jeg har valgt ut noen forskningsartikler som sier noe om dette.

Grimshaw et al. (2004) fant at passiv spredning alene (utsendelse av retningslinjer) har liten effekt, at andre iverksettingsstrategier viser moderat effekt og at sammensatte tiltak ikke synes å virke bedre enn enkelttiltak.

Forsetlund et al. (2009) har sett på 81 studier og fant at:

- Det var 6 % økning i etterlevelse når man sammenligner grupper som har deltatt på faglige møter med kontrollgrupper uten intervensjon.
- En blanding av interaktiv og didaktisk format på undervisningen gir best effekt.

- Effekten er større desto mer betydningsfull atferdsendringen er for pasientene.
- Effekten er større desto mindre kompleks atferden (atferdsendringen) er.

Jamtvedt (2011) viser til Forsetlund som har sett på barrierer til bruk av forskning hos norske samfunnsmedisinere. Forsetlund fant miljømessige barrierer (organisasjon, holdninger i miljøet, tidsfaktorer og kultur), personlige barrierer (manglende ferdigheter, kunnskap og holdninger) og egenskaper ved informasjonskildene (vanskelig tilgjengelig, akademisk).

En undersøkelse av 102 studier (Oxman et al., 1995) inkluderte følgende intervensjoner: distribusjon av retningslinjer og annet undervisningsmateriale, konferanser, praksisbesøk, lokale opinionsledere, audit og feedback, reminders og pasientrettede intervensjoner. Undersøkelsen så på atferdsendring for henholdsvis pasientbehandling, forebyggende tiltak, forskrivningspraksis og diagnostikk. Resultatene viste følgende:

- Distribusjon av retningslinjer/materiale alene (konferanser, per post etc.) viste liten eller ingen effekt.
- Undervisning: Passiv undervisning viste liten eller ingen effekt, interaktiv undervisning (workshop etc.) viste moderat effekt.
- Praksisbesøk hadde effekt på korrekt forskrivning.
- Lokale opinionsledere: varierte fra ingen effekt til stor effekt.
- Pasientrettede intervensjoner hadde effekt når det ble gjennomført sammen med andre intervensjoner.
- Audit, feedback og ”reminders” varierte fra ingen effekt til moderat effekt.

Francke et al. (2008) omfattet en metareview av resultater av 12 systematiske review og undersøkte følgende faktorer som kan påvirke etterlevelse av retningslinjer: forhold ved retningslinjene, ved implementeringsstrategiene, ved helsearbeiderne, pasientene og kontekst/omgivelser. Resultatene av undersøkelsen viste at:

- Vanlig benyttede tiltak synes å ha effekt ved implementering av retningslinjer. Det finnes imidlertid ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å trekke konklusjoner om de ulike implementeringstiltakenes *relative* effekt i ulike kontekster og situasjoner.
- Implementeringsstrategier som medfører aktiv deltakelse fra utøverne og praksisnære tiltak har tilsynelatende bedre effekt.
- Multiple implementeringsstrategier synes mer effektive enn enkeltintervensjoner.

Det fremgår av disse studiene at implementeringsstrategiene virker i moderat og varierende grad. Hvorfor er det slik? Grol (1997) peker på noen forklaringsfaktorer:

- Å endre atferd er oftest en kompleks prosess.
- Atferdsendring avhenger av faktorer som blant annet den enkeltes motivasjon til endring, kultur, tilgjengelige ressurser og organisatoriske forhold.
- Det finnes barrierer mot endring/etterlevelse av retningslinjer innen alle disse faktorene på alle nivåer i en organisasjon.
- Det er ulike barrierer mot endring tilknyttet de enkelte retningslinjene (kliniske problemstillingene) og til de spesifikke kontekstene retningslinjene skal implementeres i.

Fretheim (2011) peker på at aktiv implementering ofte er nødvendig for å få til endringer i klinisk praksis og at det er vanskelig å forutsi effekten av en implementeringsstrategi. Videre pekes det på behovet for og muligheten av å gjennomføre robuste effektevalueringer av implementeringstiltak, og at det er behov for flere og bedre evalueringer for at vi skal kunne lære mer om hva som virker med hensyn på implementering.

Jamtvedt (2011) peker på at audit og feedback kan knyttes til økonomiske incentiver eller til refusjonsordninger ved blant annet at målinger kan gjøres offentlig tilgjengelig, og at audit og feedback kan fungere som et reguleringssystem og kan brukes ved akkreditering og evalueringer.

Kort oppsummert viser disse studiene at de omtalte implementeringsstrategier kun virker i moderat og varierende grad, og at noen av forklaringsfaktorene kan være blant annet de enkeltes motivasjon til endring, men også kultur, ressurser og organisatoriske forhold. Jeg vil særlig ta med meg faktorer knyttet til kultur og organisatoriske forhold videre og drøfte opp mot de funnene jeg har gjort gjennom intervju.

3.3 Organisasjonskultur

Kjøde (1997) beskriver sykehusets produksjon som preget av stor grad av interaksjon og gjensidig avhengighet mellom funksjoner. Han mener at det derfor er nødvendig å gjøre overgripende vurderinger, beslutninger og koordineringstiltak på tvers av profesjoner, enheter og avdelinger for å sikre kundebehandlingen, ressursutnyttelsen og den faglige kvaliteten. Han sier videre: *”Spesialiseringen og profesjonsoppdelingen i kombinasjon med ramme- og målstyring forstørrer sannsynligvis dette problemet og stiller ytterligere krav til ledernes evne til å bygge broer på tvers, og å skape holdninger preget av fleksibilitet og vilje til å finne løsninger som tar utgangspunkt i pasientens behov.”* (Kjøde, 1997, s.5)

Organisasjonskultur forbindes med de uformelle normene og verdiene som vokser fram og har betydning for livet og virksomheten til formelle organisasjoner (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009). De viser til den amerikanske organisasjonsforskeren Philip Selznik som trekker opp et klassisk skille mellom *institusjon* - det formelle som gradvis vokser fram og kan forstås ut fra en organisk metafor – og *organisasjon* – de formelle normene knyttet til det instrumentelle, verktøylignende og mekaniske. De peker videre på at når formelle organisasjoner utvikler uformelle normer og verdier i tillegg til de formelle, får organisasjonen *institusjonelle trekk*, og at man derfor snakker om *institusjonaliserte organisasjoner*. Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) viser til at statsvitenskapelige studier av organisasjonskultur i offentlige organisasjoner særlig tar for seg virkningene av kultur på de beslutningene som fattes i organisasjonen. De omtaler fordeler og ulemper ved en sterk organisasjonskultur slik. *”Sterke institusjonelle trekk i en offentlig institusjon kan også ha klare interne effekter. Å være i en institusjon med en klar misjon og handlingsretning, hvor det man gjør gir mening og henger godt sammen med det andre gjør, kan både være utviklende for den enkelte, men også bedre kvaliteten på arbeidet i organisasjonen, med*

tilhørende eksterne effekter.” (Christensen, Lægheid, Roness og Røvik, 2009, s. 70). De påpeker også at institusjonelle trekk kan medvirke til at store og komplekse offentlige organisasjoner fungerer smidig, og at en sterk organisasjonskultur er ressursbesparende ved at man kan handle raskt ut fra en gitt regel.

”Organisasjoners kultur er også sentrale når man skal forstå kulturens effekt på valg mellom alternativer. Når man står i en valgsituasjon, vil man ofte stille seg selv spørsmålet: ”Hva er bra og hva er dårlig i denne organisasjonen?” I en slik situasjon kan kulturen være til hjelp ved å gi generelle retningslinjer for hva som er godt og mindre godt” (Jacobsen og Thorsvik, 2010, s. 290). Jacobsen og Thorsvik (2010, s. 291) peker også på hvordan kulturen kan ha negative konsekvenser ved at man velger alternativer som støtter opp om den kulturen som allerede finnes, og at dette kan føre til en sterk vekt på at alt skal bli som det var, og en liten vilje til å ta risiko og til å endre seg.

Samlet sett mener jeg de ulike perspektivene på organisasjonskulturens betydning for organisasjonsendringer i sykehus kan bidra til å gi en forståelse av fenomenet som er nyttig i min undersøkelse, og jeg åpner opp for ulike synspunkter på dette perspektivets betydning for gjennomføring av forløpstider.

3.4 Ledelse

Jeg har tidligere referert til Helsetilsynets risikorapport (2010) der det framgår at Helsetilsynet mener det høye risikobildet i norsk kreftbehandling langt på vei er et ledelsesproblem, og at de regionale helseforetakene og helseforetakene bør se nærmere på flere spørsmål, blant annet hvilke aktiviteter helseforetakene har i sitt kontinuerlige forbedringsarbeid. Jeg vil derfor gå nærmere inn i hva organisasjonsteorien sier om ledelse for å få en bredere forståelse av hvilke kontekstuelle forhold som virker inn på måten ledere utformer sine roller på.

Hvordan er så forholdet mellom organisasjonskultur og ledelse? I følge Christensen, Lægheid, Roness og Røvik (2009) er ledelse organisasjonsatferd. De påpeker at ledelse er rammet inn av og bruker den formelle strukturen som omgir dem, men at de også er påvirket av den kulturelle- institusjonelle konteksten de er innstøpt i, med tilhørende uformelle verdier og normer. Videre at dette synet kombinerer styring av, instrumentell *styring av* organisasjonen,

med *styring i*, som forbindes med management og profesjonell ledelse, hvor det mellommenneskelige aspektet er viktig.

Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) viser til at kulturelt lederskap på mange måter er en todelt rolle, ved at de på den ene siden skal være forvaltere av ”historiske nødvendigheter”, det vil si at de skal virke med tradisjonene som rammebetingelser og sørge for at de etablerte, uformelle normene og verdiene får gode vekstvilkår, blir utviklet og beskyttet. De drøfter videre hvordan dette bidrar til at raske og omfattende endringer blir motvirket for å verne om organisasjonens kjerne, særlig dersom tiltakene går på tvers av organisasjonskulturen. Videre viser de til at lederskap på den andre siden skal bidra til endring, noe som innebærer rom for en viss grad av selvstendig, intensjonal eller instrumental handling.

Forståelse av spenningen mellom instrumentalt og kulturelt lederskap er omtalt av Philip Selznick (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009). Selznick viser at på den ene siden utvikler et lederskap seg i en kulturell, evolusjonær prosess, hvor det er viktig å være tradisjonsbærer for sentrale kulturelle normer og verdier, og at slike prosesser vil kunne være tunge og noe et formelt lederskap må tilpasse seg. På den annen side mener Selznick, vil en formell posisjon som leder høyt i et hierarki også gi gode muligheter til å påvirke utviklingen av de kulturelle normene og verdiene, og at det er vanskelig å tenke seg at ledere står fritt i en slik påvirkning. Han sier videre at ledere oftest vil være påvirket av den kulturelle ballast de har fått gjennom en karriere i organisasjonen, og at de ved å handle ut fra denne vil bidra til lederskapets legitimitet. I følge Selznick kan man ofte oppleve at ledere som blir rekruttert eksternt kan få problemer, fordi de er for lite kulturelt sensitive (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009, s. 66).

Det er en tendens til økt desentralisering og fristilling i offentlig sektor og en overgang fra overordnet styring til ledelse og mål- og resultatstyring. Dett kan igjen medføre en autoritetsforvitring, og at offentlige ledere i stedet for å instruere og kontrollere, i sterkere grad må støtte, stimulere og motivere enheter og aktører på lavere nivå. Det er også en tendens til avhierarkisering og verdipluralisme. Folk er videre mer kritiske til ledere enn før og aksepterer ikke så lett deres autoritet, noe som kan henge sammen med økt utdanningsnivå i samfunnet. *”Folk vurderer heller ledere ut fra hvilke holdninger og verdier de står for, og om de kan skape samhørighet og bekrefte identiteter, enn at de er opptatt av hva de gjør og av ledelse som styringsmiddel.”* (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009, s.124).

Innenfor et instrumentelt perspektiv blir styring sett på som det å treffe og iverksette kollektive beslutninger. Sett i et kulturelt perspektiv er siktepunktet med ledelse ikke primært instrumentell, men retter seg mot ikke-instrumentelle forhold som fellesskap, sosialisering, læring, personlig utvikling osv., og at ledelse primært blir uformell menneskebehandling innen rammene av en formell organisasjon. Det kan lett oppstå spenninger mellom styring og ledelse, mellom på den ene siden formelle mål og forsøk på disiplinering og kontroll av medlemmene, og på den andre siden sosial interaksjon og utvikling av fellesskapet mellom medlemmene (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009, s.125). Samtidig framhever forfatterne at styring og ledelse også kan gå over i hverandre ved at ledelsen bidrar til å støtte opp om styringen fordi det er sammenfall i normer og verdier, eller når man tilpasser formelle strukturer til de uformelle. Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) peker også på hvordan en mer instrumentell og administrativ forståelse av lederes ansvar er blitt mer formell og smal enn tidligere, og at denne tankegangen er representert i reformbølgen New Public Management (NPM). Forfatterne viser til at sentrale administrative og politiske ledere har til disposisjon et mer utbygd formelt rapporterings- og kontrollapparat enn før, men også at den enkelte leder kontrollerer mer formelt gjennom lederkontrakter med resultatkrav og rapportering og evaluering. De samme forfattere peker videre på at det er flere problemer knyttet til et slikt system, blant annet ansvarspulverisering, det vil si at det er mange ulike aktører involvert i prosesser på lavere nivå, og at det er problemer med å plassere ansvar.

Som det er gjort rede for over gir ulike organisasjonsteoretiske perspektiver en beskrivelse av ulike måter å lede på og peker spesielt på hvordan ledere kan påvirke kulturelle normer og verdier i en organisasjon. Jeg vil derfor ta med de ovenstående betraktninger som et viktig teoretisk grunnlag når jeg undersøker nærmere hvilken betydning ulike former for ledelse har i en organisasjon når det gjelder muligheten til koordinering og styring av ressurser i sykehusene.

3.5 Organisasjonsstruktur

Jeg har tidligere pekt på at sykehusene skiller seg fra så vel private som offentlige byråkratier ved de profesjonelle faggruppers høye autonomi og sterke maktposisjon (Opedal og Stigen, 2005). Opedal peker på at faglig-medisinsk autonomi innebærer at sykehusene i betydelig

grad styres nedenfra ut fra faglig profesjonalitet, og at i den grad iverksetting av helsepolitiske mål kommer på kant med de politiske og faglig-medisinske tradisjonene i sykehusene kan iverksettingen stoppe opp eller bli forsøkt gjort mer kompatibel med disse tradisjonene.

I følge Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) kan organisasjoner oppfattes som redskaper eller instrumenter rettet mot å oppnå visse mål som blir regnet som viktige i samfunnet, og at dette kommer til uttrykk ved at offentlige organisasjoner handler formålsrasjonelt ved utføring av oppgavene og at resultatet av handlingene blir som ønsket. Dette instrumentelle perspektivet på organisasjoner kan man videre skille i en hierarkisk variant og en forhandlingsvariant. I en hierarkisk variant, sier Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) ses organisasjonen på som enhetlig, og det legges vekt på mål og kunnskaper om mål-middel-sammenhenger hos ledelsen i organisasjonen eller hos dem organisasjonen er redskap for. Det framgår videre at i forhandlingsvarianten oppfattes organisasjonen å være sammensatt av ulike underenheter og posisjoner som kan ha delvis motstridende mål, interesser og kunnskaper, og der ingen aktører på egen hånd kan oppnå sine mål og ivareta sine interesser, og at utfallet vil være påvirket av forhandlinger og kompromisser mellom flere aktører.

I Helsetilsynets risikorapport (2010) går det fram at det høye risikobildet i norsk kreftbehandling langt på vei er et ledelsesproblem, og at de regionale helseforetakene og helseforetakene blant annet bør se nærmere hvilke aktiviteter helseforetakene har i sitt kontinuerlige forbedringsarbeid, og hvor virkningsfulle disse aktivitetene er. Det er nærliggende å anta at ledelsen i et helseforetak ser på sin organisasjon som en hierarkisk variant, ved at det stilles visse krav om pasientbehandling (produksjon) innenfor en gitt økonomisk og personellmessig ramme (helsepolitiske mål), og at det er en forventning om at dette blir fulgt opp. Samtidig kan dette målet komme i konflikt med de faglig-medisinske målene i sykehusene (Opedal og Stigen, 2005). De ulike avdelingene kan styres av ulike interesser, for eksempel kan en kirurgisk avdeling og en radiologisk avdeling ha ulike mål for sin virksomhet, og at det dermed vil være behov for forhandlinger og kompromisser mellom disse for å kunne oppnå målene til organisasjonen som helhet. Dette mener jeg kommer til syne i Helsetilsynets rapport der et av risikoområdene er svikt i informasjonsflyt/koordinering mellom aktørene.

De organisatoriske utfordringene i kreftbehandling kommer også til syne i en undersøkelse av kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus (Nasjonalt kunnskapssenter for

helsetjenesten, 2009). I undersøkelsen vises det til at kommentarer fra pasientene samlet sett bærer preg av at utredning og behandling av kreft ofte er en prosess som involverer mange aktører, og at pasienten i ulike faser er avhengig av at de ulike aktørene koordinerer oppgavene mellom seg på en god måte. Videre går det fram at mange av kommentarene tyder på at tjenestene kan framstå som fragmenterte.

I en rapport om utvikling og endringer i helseforetakenes interne organisering og ledelse fra 2007 til 2009 (Kjekshus og Bernstrøm, 2010), framgår det blant annet at klinikk- og divisjonsorganisering, som var de dominerende organisasjonsformene i 2007 (56 %), er blitt enda mer vanlige i 2009 (71 %). Rapporten viser også at utviklingen i retning av fire ledelsesnivåer i stedet for tre, er blitt styrket ved at 71 % av helseforetakene i 2009 rapporterer fire formelle ledelsesnivåer, mot 60 % i 2007. Det er interessant å se nærmere på hvordan avdelingsledere ser på hvordan virksomheten er organisert og om de mener det er noen sammenheng mellom organisering og pasientforløp.

I samme studie viser Kjekshus og Bernstrøm (2010) til at det i perioden 2007 til 2009 har vært en økende grad av desentralisering og lederansvar i helseforetakene, og spesielt finner de at ansvar for oppgaver knyttet til ansettelse, koordinering av pasienter, vaktplaner og innkjøp flyttes til seksjonsledelsen. Samtidig finner Kjekshus og Bernstrøm (2010) at mer ansvar også blir sentralisert til de regionale helseforetakene og en viss grad foretaksledelsen.

I følge Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) viser empiriske studier av hvordan organisasjoner handler, at fullstendig formålsrasjonalitet i liten grad er realistisk, og at dette er særlig tydelig i komplekse offentlige organisasjoner hvor det skal tas mange hensyn. Med fullstendig formålsrasjonalitet menes at en organisasjon har klare og konsistente mål, har full oversikt over alle alternativer og full innsikt i hvilke konsekvenser disse alternativene har i forhold til målene. Denne type komplekse organisasjoner fanges opp i begrepet begrenset rasjonalitet, som innebærer at organisasjonens mål er uklare, inkonsistente og ustabile, og at de problemene den står overfor er komplekse. Dette betyr også, i følge Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) at organisasjonen har ufullstendig informasjon om alternativer og konsekvenser.

Det framgår videre at i forhandlingsvarianten oppfattes organisasjonen å være sammensatt av ulike underenheter og posisjoner som kan ha delvis motstridende mål, interesser og

kunnskaper, og der ingen aktører på egen hånd kan oppnå sine mål og ivareta sine interesser, og at utfallet vil være påvirket av forhandlinger og kompromisser mellom flere aktører.

Jeg har ovenfor gjort rede for noen organisasjonsteoretiske perspektiver på organisasjonsstruktur og pekt på enkelte faktorer som kan tenkes å ha betydning for organisering av sykehusene. Skyldes svikt i kontinuitet i behandlingen og for dårlig flyt i behandlingsforløpet mellom aktørene ulike mål i ulike deler av organisasjonen? Eller kan det skyldes at organisasjonen er så kompleks og med så mange til dels motstridende mål, at ingen aktører på egen hånd kan oppnå sine mål uten å kompromisse og forhandle med andre i organisasjonen? Dette og andre organisatoriske forhold vil bli drøftet i kap. 5 Funn og tolkninger.

3.6 Mål

Mål skal bidra til å påvirke hvordan formelle organisasjoner struktureres eller organiseres, og gi rammer og retningslinjer for de aktiviteter som drives (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009, s.99). Det framgår videre at mål i varierende grad vil påvirke aktiviteter rundt det å fatte beslutninger og sosial interaksjon i organisasjoner. Mål kan være viktige for et lederskap med hensyn til å velge mellom alternativer, og til å vurdere og evaluere de resultatene organisasjonen har oppnådd. Mål kan også bevisst være uklare, fordi de reflekterer uenighet og kompleksitet, noe som er vanlig i offentlige organisasjoner.

I følge Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009, s.101) kan mål være uformelle belyst ut fra et kulturelt perspektiv, og kan være slått fast formelt, men signalisert under hånden fra et lederskap. Slike mål sprer seg og får oppslutning i ulike grupper i organisasjonen, eller de utvikles gradvis. Det framgår videre at uformelle mål kan bidra til å fremme kulturelle trekk i organisasjonen, og virke sammen med formelle mål, men kan også virke til å øke spenninger innad og undergrave de formelle målene.

Uformelle mål har oftest sitt opphav i lange historiske og kulturelle tradisjoner, og kan reflektere uformelle sosiale normer og verdier i grupper, subkulturer og profesjoner, og eventuelt bidra til å undergrave de formelle målene. Uformelle mål kan være definert både av

ledere på toppen, men også nedenfra i organisasjonen, der det siste kan binde opp en leders styringer og handlinger (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009, s. 110).

I min undersøkelse vil jeg intervjuere ledere for kliniske avdelinger som har ansvar for prioriteringsvurderinger av henvisninger til kreftbehandling. Gjennom den oppgaven de er satt til å gjøre, er det forventet fra myndighetenes side at de ivaretar de samfunnsmessige hensyn som er å fordele helsetjenester rettferdig og i tråd med prioriteringsforskriften. Samtidig må de bruke sitt faglige skjønn til å foreta vurderinger i hvert enkelt tilfelle.

På den ene siden er det satt helsepolitiske mål om pasientbehandling og aktivitet innenfor gitte økonomiske rammer og som man som leder er forpliktet til å forholde seg til. På den annen side vil det være andre hensyn gjelder, som helsepersonell, lege og kliniker og som ikke alltid er sammenfallende og forenelige med klinikken og helseforetakets mål om en viss aktivitet innenfor gitte økonomiske rammer. Det er i denne sammenheng interessant å undersøke nærmere om avdelingsledere i sykehus opplever en motsetning mellom fag og profesjonsnormer på den ene siden og hensyn til helseforetakets omdømme og samfunnshensyn på den andre siden. Jeg kommer nærmere tilbake til dette i diskusjonskapittelet.

3.7 Faktorer som antas å fremme eller hemme organisatoriske endringer

Organisasjonsteorien skiller mellom reformer og endringer i organisasjoner. Reform er aktive og bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturer eller kulturelle trekk ved organisasjoner, mens endringer er det som faktisk skjer med slike kulturelle trekk. Endringer er noe som ofte foregår i offentlige organisasjoner gjennom kontinuerlig, rutinemessig aktivitet og i små skritt. Noen ganger finner imidlertid endringer sted gjennom brå, kraftige omveltninger når det har bygd seg opp et potensial over tid (Christiansen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009, s. 149).

Jeg har i kapittel 3 beskrevet ulike organisasjonsteoretiske faktorer som kan tenkes å fremme eller hemme organisasjonsendringer i institusjoner. Jeg har pekt på studier som viser at implementeringsstrategier kun virker i moderat og varierende grad, og at noen av

forklaringsfaktorene kan være blant annet de enkelte medarbeideres motivasjon til endring, men også kultur, ressurser og organisatoriske forhold. Videre har jeg sett på ulike perspektiver ved organisasjonskulturens betydning for organisasjonsendringer i sykehus, og om organisasjonskultur kan bidra til å gi en forståelse av utfordringer knyttet til gjennomføring av endringer. Gjennom ulike organisasjonsteoretiske perspektiver har jeg gitt en beskrivelse av ulike måter å lede på, og jeg har pekt spesielt på hvordan ledere kan påvirke kulturelle normer og verdier i en organisasjon. Jeg har beskrevet noen elementer som kan påvirke organisasjonsstrukturens betydning for gode pasientforløp, og hvordan ulike typer mål kan påvirke organisasjonen.

Jeg vil i kapittel 5 gå gjennom de funn jeg har gjort i intervjuer med ti avdelingsledere i sykehus. Funnene er systematisert etter temaer i teorikapittelet. Jeg vil først beskrive funn knyttet til innføring av forløpstider. Jeg ønsker å finne ut om måten disse ble innført på har påvirket hvordan sykehusene har respondert på oppdraget fra departementet. Dette knytter jeg til teori om iverksetting av faglige retningslinjer. Deretter vil jeg analysere organisasjonskulturens betydning for endring. Jeg forventer i min undersøkelse å finne ut på hvilken måte kulturelle faktorer har betydning for organisasjonsendringer. Jeg forventer også å finne at ulike former for ledelse i en organisasjon har betydning når det gjelder muligheten til koordinering og styring av ressurser i sykehusene. Jeg åpner videre opp for at måten sykehusene er organisert på og hvordan de ulike avdelinger samhandler, har betydning for gode pasientforløp. Andre forhold jeg også ønsker å undersøke er på hvilken måte organisasjonens mål har betydning for optimale pasientforløp. Samlet sett forventer jeg å finne forhold og faktorer som fremmer eller hemmer gjennomføring av forløpstider i sykehusene.

4 Metode

4.1 Kvalitative intervjuer

I følge Malterud (2011) kan vi bruke kvalitative metoder til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og ved å spørre etter betydning av hendelser og atferd, kan vi styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Malterud (2011, s. 27) sier videre at *”kvalitative tilnærminger passer godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet.”*

Kvalitative studier har en klar styrke ved at de er bedre egnet til å få fram motsetninger og variasjoner i det fenomenet som undersøkes. Slik jeg oppfatter det, er nettopp motsetninger og variasjoner viktige å få fram for å forstå bredden i de organisatoriske utfordringer sykehusene står overfor i forbindelse med innføring av forløpstider for kreft. Jeg forventer også å finne variasjon og motsetninger mellom de ulike vurderingene som beskrives av de personene jeg intervjuer.

En kvalitativ tilnærming er særlig relevant i min studie, fordi det åpner for nye synspunkter underveis av et område som i liten grad er undersøkt tidligere. Det regionale kreftrådet i Helse Sør-Øst RHF har sett på noen elementer, men har, slik jeg oppfatter det, ikke brukt min innfallsvinkel om behovet for organisatoriske endringer. Min metodiske tilnærming og presentasjon og tolkninger av funn, vil være basert på Kvale og Brinkmann (2010) forskningsteoretiske tilnærming og deres beskrivelse av det kvalitative forskningsintervju.

I intervjuene har jeg valgt å bruke et semistrukturert forskningsintervju som metode (Kvale og Brinkmann, 2010, Malterud, 2011). Et semistrukturert intervju åpner opp for å få fram informantens synspunkter og opplevelser og er derfor godt egnet til mitt formål.

Kunnskap som er innhentet om effekten av innføring av forløpstider i spesialisthelsetjenesten er til nå, så vidt jeg er kjent med, samlet inn med kvantitativ metodikk. Departementet har stilt krav om rapportering av måloppnåelse i forhold til kravet om at 80 % av pasientene innenfor tre krefttyper – brystkreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft skal ha mottatt behandling innen 20 dager. Det er stilt krav om at regionale helseforetakene skal rapportere tertialvis i hvilken grad sykehusene i regionen har klart å oppfylle kravet om at 80 prosent av kreftpasientene skal ha startet behandling for sin kreftsykdom innen 20 virkedager. Denne

rapporteringen gir kun informasjon om i hvilken grad sykehusene har oppnådd kravet, ikke noe om hvorfor de har oppnådd kravet, eventuelt ikke oppnådd dette. Det som er mitt anliggende i den forskningsstudien, er å undersøke om departementets føring til de regionale helseforetakene har ført til en endring i hvordan sykehusene organiserer sin virksomhet for å oppfylle myndighetens krav. Jeg er ikke kjent med at det foreligger studier av hvordan kravet om forløpstider er blitt mottatt og selve prosessen med innføring av disse. En kvalitativ undersøkelse vil kunne få fram lederes egen opplevelse av forhold som synes å påvirke prosessen med innføring av forløpstider.

Føringene om forløpstider ble sendt de regionale helseforetakene i begynnelsen av juli 2011, og det er relativt kort tid for gjennomføring av organisatoriske endringer i sykehusene. Selv om det viser seg at det ikke har blitt foretatt organisatoriske endringer, mener jeg det er av stor interesse å undersøke hvordan ledere for ulike avdelinger i helseforetakene opplever at innføringen av forløpstider har påvirket deres virksomhet, eventuelt ikke har påvirket virksomheten. Jeg mener også det er av interesse å finne ut hvilke forhold og faktorer avdelingsledere mener hemmer, eventuelt fremmer gjennomføring av forløpstider i sykehusene, og hva de mener skal til for å sikre god kontinuitet i utredning og behandling.

En kvalitativ undersøkelse er også best egnet til å undersøke variasjoner i måten føringene er blitt mottatt på og hvordan ledere med ulike roller i pasientforløpet opplever utfordringene ut fra sitt ståsted.

4.2 Utvalg

Empiriske data er forskerens kilde til svar på de spørsmål som følger av problemstillingen, og enten målet er å utvikle beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller vil utvalget bestemme hva vi har grunnlag for å si noe om (Malterud, 2011). Malterud peker også på at kjennetegn ved utvalget vil påvirke våre tolkninger og funn. I min undersøkelse har jeg satt sammen en strategisk gruppe informanter som jeg mener kan si noe om problemstillingene i mitt forskningsprosjekt. I følge Malterud (2011) er et strategisk utvalg sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har best mulig potensial til å belyse den problemstillingen man vil ta opp. Det framgår videre at forskeren må stille seg spørsmål om hva slags kunnskap vi

ønsker å innhente, hvor våre kilder til kunnskap finnes, og hva slags overførbarhet det er relevant å tilstrebe i når det gjelder den aktuelle problemstillingen.

Kvalitative studier bygger i følge Malterud (2011) ofte på studier av materiale fra 10-25 informanter, men at omfanget av materialet er avhengig av blant annet hvor lange og hvor mange samtaler som har ligget til grunn. I tillegg går det fram at hvorvidt en samtale har vært vellykket eller ikke avhenger av hvor mye av teksten som bidrar til å belyse problemstillingen.

Jeg ønsker ikke å se på forskjellen mellom store og små sykehus, men har valgt ut fem helseforetak for å få en bredde i informasjonstilfanget. Min hovedstudie består av intervjuer av ti avdelingsledere ved ulike avdelinger i fem helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. Åtte av disse var avdelingsledere eller assisterende avdelingsledere ved kliniske avdelinger (kirurgiske og onkologiske), mens to var ledere ved avdelinger som har ansvar for støttefunksjoner som radiologi og patologi. Dette var et bevisst utvalg fra min side, da jeg ønsket å få så bred informasjon som mulig, sett fra ulike ståsteder i organisasjonen. Samtidig valgte jeg å intervju ledere på et nivå i organisasjonen som står pasientbehandlingen nær.

Alle informantene er rekruttert gjennom skriftlig henvendelse om deltakelse. 6 informanter er rekruttert gjennom anbefalinger fra det regionale kreftrådet i Helse Øst RHF, 4 er rekruttert gjennom direkte henvendelse til avdelingsleder eller klinikkdirektør ved det aktuelle sykehuset. Intervjuene er gjennomført på informantenes arbeidsplass i arbeidstiden, og har gjennomgående vært av om lag en times varighet.

Det er vanskelig å si om disse informantene ble begrenset til ti ut fra tanken om et metningspunkt. Mitt utgangspunkt var å ha et stort nok utvalg til å fange opp tilstrekkelig mangfold og variasjonsbredde i den informasjonen jeg innhentet. I følge Malterud (2011) er metningspunktet nådd når man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap. Samtidig viser hun til flere grunner til at forskeren ikke finner noe nytt, blant annet at intervjueteknikken har vært for dårlig eller at man har hatt et for uskarpt fokus. Videre framgår det av Malterud (2011, s. 61) at det også kan skyldes *”at intervjueren ikke kjenner feltet tilstrekkelig godt til å identifisere små perler som ligger skjult mellom store gråstein av empiriske data.”* Jeg har som forsker ikke tilknytning og felles identitet med informantene. Det er mange år siden jeg selv jobbet i klinikken, og jeg har selv ikke erfaring som leder i sykehus. Det er en viss fare for at denne avstanden kan gjøre at jeg ikke klarer å fange opp

tilstrekkelige nyanser i den informasjonen jeg får, og at dette fører til at jeg ikke fullt ut kan nyttiggjøre meg det empiriske materialet. Samtidig har jeg gjennom tilgang til informasjon i mitt arbeid i den sentrale helseforvaltning forholdsvis god kjennskap til de utfordringer som finnes ute i klinikken knyttet til pasientforløp og forløpstider, og at dette til en viss grad kan oppveie ulempen ved ikke å kjenne sykehushverdagen tilstrekkelig godt.

Det at jeg har en viss avstand til mine informanter kan også gjøre at jeg er ekstra åpen for og observant når det gjelder den informasjonen jeg får fra mine intervjuobjekter.

4.3 Intervjuguide

I følge Kvale og Brinkmann (2009, s. 143) er en intervjuguide et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt. Guiden kan videre inneholde noen temaer som skal dekkes, eller det kan være en mer detaljert rekkefølge av spesifikt formulerte spørsmål.

Semistrukturerte intervjuer vil, i følge Kvale og Brinkmann (2009), inneholde en oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål. Kvale og Brinkmann (2009) bruker begrepene tematisk dimensjon og dynamisk dimensjon ved intervju spørsmål: tematisk med hensyn til produksjon av kunnskap og dynamisk med hensyn til den interpersonlige relasjonen i intervjuet. Jeg har i min undersøkelse foretatt et semistrukturert intervju med emner og spesifikke spørsmål. Samtidig opplevde jeg at informantene spontant kunne komme med synspunkter på temaer jeg ikke direkte spurte om. Jeg stilte da oppfølgingsspørsmål til disse ytringene, enten for å få en utdyping av svaret, eller for å komme tilbake til de temaene jeg hadde i min intervjuguide. Jeg opplevde her noe av den dynamikken Kvale og Brinkmann (2009) beskriver som den dynamiske dimensjon.

Formålet med mitt prosjekt er å forsøke å belyse og beskrive de prosessene som har funnet sted i forbindelse med føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 om innføring av veiledende forløpstider for kreft. I min intervjuguide spør jeg blant annet om hvordan disse føringene er blitt mottatt i fagmiljøene og om mine informanter mener dette har ført til endringer i organisering av virksomheten i sykehusene. Jeg spør hvilken rolle den enkelte har hatt i arbeidet med gjennomføringen og tanker i forbindelse med innføringen, blant annet tidspunkt oppdraget ble gitt og hvor forberedt det enkelte helseforetak/sykehus var til å ta i mot dette oppdraget. Videre spør jeg hva informantene mener er de viktigste utfordringene for

sykehuset/avdelingen i forbindelse med innføring av forløpstider, og hvilke tanker informantene har om diagnosesentra. For mer utfyllende informasjon om intervjuguiden, vises det til vedlegg 1.

4.4 Bearbeiding av data

Intervjuene er tatt opp på lydbånd og er lagret på et eksternt medium. Lydopptakene er fullstendig transkribert. Dette har vært et omfattende og tidkrevende arbeid. Samtidig har jeg gjennom arbeidet med å transkribere intervjuene gjenopplevd erfaringene fra intervjusituasjonen og blitt kjent med materialet på en ny måte. Malterud (2011) peker på at transkripsjon er mer enn avskrift, og at transkripsjon gir forskeren en mulighet til å gjøre seg kjent med materialet som en ikke la så godt merke til under intervjuet, ”de såkalte grå informantene”. Malterud påpeker at transkripsjonsfasen dreier seg om et filtrerings- og tolkningsledd, og at (2011, s. 78): *”All nærkontakt med materialet innebærer at forskeren setter spor i materialet som på ulike måter kan påvirke meningen i teksten. Transkripsjon er ikke en passiv og teknisk handling, men inngår i den analytiske prosessen i ulik grad.”*

Jeg har systematisert funnene fra intervjuene ut fra de valgte teoretiske innfallsvinkler fra organisasjonsteorien: iverksetting av faglige retningslinjer, organisasjonskultur, organisasjonsstruktur, ledelse og betydningen av mål. Relevante sitater er nedtegnet, og er sjekket ut med informantene.

4.5 Metodiske betraktninger

I følge Kvale og Brinkmann (2010) er forforståelse viktig i all forskning, og spesielt i kvalitativ forskning, siden funnene oppstår i interaksjon mellom intervjuer og informant. Malterud (2011, s.40) omtaler forforståelse som *”den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet før prosjektet starter”*, og at *”innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler og leser våre data på.”*

Min forforståelse er preget av at jeg av bakgrunn er sykepleier, har en bachelor i samfunnsøkonomi og har jobbet mange år i den sentrale helseforvaltningen. I tillegg har jeg jobbet med forberedelse av innføring av forløpstider for kreft og Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til de regionale helseforetakene sommeren 2011. De perspektivene jeg har og de spørsmålene jeg stiller i denne forskningsstudien vil naturlig være preget av min bakgrunn og min erfaring fra arbeidet med spesialisthelsetjenesten fra et forvaltningsståsted.

Siden jeg jobber i departementet, og har hatt forløpstider for kreft som et av mine arbeidsområder, er det spesielt viktig å understreke at jeg ikke har noen bindinger til dette prosjektet, og at min undersøkelse er forankret i Institutt for Helse og samfunn ved Universitetet i Oslo.

Forskning kan ses på som en betinget kunnskapstilegnelsesprosess, der forutsetninger aktivt utprøves og utvikles underveis (Andersen, 2006). Andersen sier videre at nøkkelinformanter er interessante fordi de er ressurssterke personer som kan belyse en sak eller et fenomen, og at de er bærere av informasjon og kunnskap som forskeren kan nyttiggjøre seg. Mine informanter er valgt ut fordi de er antatt å være velinformerte og ha inngående kunnskap om det temaet jeg vil belyse. Andersen (2006) peker på at informantene er særlig nyttige også hvis de har en viss distanse til saker, hendelser og egen rolle. Slik jeg vurderer det, er dette ikke tilfelle i mitt forskningsprosjekt, da informantene i hovedsak er ledere av avdelinger som er direkte involvert i gjennomføringen av forløpstider, og at de vil kunne ha egeninteresse av å argumentere for og forsvare egne selvbilder og handlinger. I følge Andersen (2006) er det viktig å huske på at ekspertinformanter er vant til å snakke godt for seg og at det er naturlig at informanter i noen sammenhenger ønsker å holde tilbake eller pynte på informasjonen som gis. Det vises til at det dette krever at intervjueren inntar en aktiv intervjurolle, og at intervjueren, i tillegg til å være lyttende samtalepartner, også må ta initiativ og styre samtalen inn på de spørsmål forskeren ønsker svar på.

Disse metodiske betraktningene har jeg forsøkt å legge til grunn i forberedelsen og gjennomføringen av mine intervjuer.

4.6 Intervjusituasjonen

Jeg opplevde stor velvillighet fra informantene til å stille til intervju. Fordi rekrutteringen til intervjuene i hovedsak ble foretatt i juni og begynnelsen av juli, opplevde jeg at det på grunn av sommerferie tok noe tid å få til intervjuavtaler. Det var imidlertid ikke mitt inntrykk at informantene ikke ønsket å snakke om det temaet jeg hadde valgt. Under intervjuene fikk jeg tvert i mot bare positive tilbakemeldinger og informantene framsto som meget engasjerte og interesserte, og de var alle tydelig opptatt av temaet. Flere informanter ga uttrykk for frustrasjon og var følelsesmessig engasjert. Jeg opplevde intervjusituasjonen som åpen og tillitsfull, og det var lett å få informantene i tale. Som intervjuer opplevde jeg det som uproblematisk å få informantene til å fortelle om sine erfaringer og sine opplevelse. Flere sa de håpet at den informasjonen og de erfaringene de kom med kunne bidra til endringer, enten i form av endringer i organisering, eller hvordan myndighetene gir føringer og styringssignaler på.

Samtlige informanter hadde flere års erfaring som avdelingsledere, og ga til kjenne god kjennskap til både lovverk og faglige retningslinjer. Jeg oppfatter de fleste informantene som å ha god kjennskap til temaet, og at min tilnærming tar hensyn til dette. Ingen informanter ga uttrykk for at de så på meg som ansatt i departementet som en begrensende faktor med hensyn til å dele informasjon og være åpenhjertig rundt de spørsmålene som ble stilt.

Styrken i kvalitativ metode i form av intervju er at forskeren, i tillegg til å få fram svar på spørsmål og synspunkter fra informanten, også får informantens eventuelle følelsesmessige reaksjoner i forbindelse med temaet for intervjuet. I tillegg til ren kunnskap om temaet, får altså forskeren tilleggskunnskap som man ikke har mulighet til å få i en kvantitativ undersøkelse. Et kvalitativt intervju skal være strukturert med spørsmål som skaper holdepunkter for samtalen og vise deltakeren hva slags kunnskap forskeren er ute etter. Samtidig er det viktig å åpne opp for synspunkter som det ikke direkte spørres etter. Informantene kan fortelle om noe som kan virke som en avsporing, men ofte kan det være langs slike sidespor at den nye kunnskapen befinner seg (Malterud, 2011). I intervjuene har jeg forsøkt å tilstrebe en balanse mellom styring ved hjelp av spørsmål og fleksibilitet ved at jeg har latt informantene snakke om temaer de er opptatt av, selv om jeg ikke direkte har spurt om dette.

5 Funn og tolkninger

I dette delkapittelet vil jeg presentere mine funn fra dybdeintervjuene. Måten funnene er systematisert og presentert på, betyr at jeg også legger min tolkning av funnene inn i denne presentasjonen. Presentasjonen av funnene vil derfor bære preg av både en beskrivende gjengivelse av funnene og tolkning av meningsinnholdet i funnene sett i sammenheng med tidligere undersøkelser og teori. Jeg vil først presentere et generelt inntrykk fra intervjuene og hvordan informantene har forholdt seg til forløpstider for kreft og om, og eventuelt hvordan forløpstidene har hatt noe betydning for hvordan deres virksomhet er organisert. Jeg vil også presentere et generelt inntrykk av hva informantene eventuelt mener er hindringer for en optimal organisering av gode pasientforløp. Deretter vil jeg presentere funnene etter temaområder som jeg mener angir forhold ved organisering og ledelse som har betydning for organisering av gode pasientforløp og vise hvordan ulike organisatoriske faktorer påvirker pasientens utrednings- og behandlingsforløp. Jeg har her brukt de temaer jeg har oppsummert i kapittel 3 Teori og som jeg mener er relevante for å forklare mine funn. Temaene gjenspeiles i overskriftene til de ulike delkapitlene – organisasjonskultur, ledelse, organisasjonsstruktur og mål. Jeg starter imidlertid med å referere og drøfte funn fra intervjuene som retter seg mot helsemyndighetenes styringssignaler og referere til forskning som kan belyse utfordringer ved iverksetting av faglige retningslinjer.

5.1 Om iverksetting av faglige retningslinjer

Informantene ble spurt om hvilken rolle de selv hadde hatt i gjennomføringen av forløpstider ved sine respektive sykehus. Selv om de ikke ble direkte spurt om sine holdninger til departementets normerte forløpstider, kom manges syn på dette fram gjennom deres svar på spørsmålet om deres egen rolle for gjennomføringen. Flere informanter mente at innføring av forløpstider ga inntrykk av å være et politisk utspill som var veldig vanskelig å gjennomføre i praksis og at de oppfattet dette som et politisk utspill som ikke hadde rot i virkeligheten. En informant sier det slik:

”Det er omtrent som å bestemme seg for at neste år skal det bli fint vær. ... men at vi skal klare de krav som kom i fjor, det er helt umulig over natta, ... dette er mer politikk enn det er realisme etter min forstand. Og det er ikke noe galt i at man mener at sånn burde det vært,

men man gir jo liksom publikum et slags inntrykk av at her har vi vært handlekraftige og sagt at nå skal vi ha det sånn. Så enkel er ikke verden.”

En annen informant sier det slik om politikernes utspill: *”Jeg tror det er med på å undergrave deres myndighet, eller deres anseelse ute i fagmiljøene”* Om tidspunktet føringene ble gitt på, mener en informant at: *”Det blir litt sånn piggene mot da, når man får det presentert på den måten i forhold til at det var utfordrende nok før de 20 dagene ble introdusert!”*

En informant mener at dette utspillet ikke nødvendigvis bidrar til å gi pasientene raskere og bedre behandling. ...: *”Det er et ytterst forvirrende politisk styringssignal som gis av politikere og departement. Hva man faktisk ønsker å oppnå, og hvordan helsevesenet skal håndtere forløpstidene, synes jeg er foruroligende lite forankret mot hva som er bra medisin.”*

Samme informant mener også at føringene gir et inntrykk av mistillit til spesialisthelsetjenesten: *” Det som er et problem med hele forløpstidene, er at det representerer en betydelig mistillit til særlig spesialisthelsetjenesten i forhold til hvordan de forvalter sitt mandat til å gi pasientene best mulig og raskest mulig behandling.”* Samme informant opplever at departementets føringer kan føre til utrygghet i befolkningen ved at politikernes utspill faglig sett ikke alltid er riktig:

”... i forhold til for eksempel prostatacancer, så er det slik at fra et medisinsk ståsted bør man vente ca 6 uker fra biopsitaking til man opererer..., når man i det politiske miljøet og de som støtter opp om det, sier at korte forløpstider er så fryktelig viktig, så skaper det til dels også utrygghet i befolkningen. Det er også problematisk.”

Andre informanter påpekte at dette med forløpstider var noe de hadde jobbet med lenge, at dette ikke var noe nytt, og at de mer eller mindre fortsatte sin virksomhet som før. En informant uttrykker det slik:

”... for oss som stiller mye med øyeblikkelig hjelp og kreftpasienter, så er det klart at vi ser oss jo veldig tjent med å ha, enten man kaller det en nasjonal anbefaling, eller en politisk retningslinje eller sånn det foreligger i lov og forskrift, så er jo det bra for oss, fordi det definerer jo i sterkere grad hvordan vi kan som medisinsk ansvarlige kreve ressurser da.”

En annen informant sier at: *”Det var ikke så mye diskusjon rundt det her, for behandlere er opptatt av å gi rask behandling til de som er alvorlig syke,... sånn som jeg opplevde det så var det ikke noen stor oppstandelse. .. Men det var nok noen som mente noe om fristene, og*

kanskje litt mer differensiering på frister.” Samme informant sider videre om fristene som ble gitt: ”Hvis man utreder lenge nok, så finner man plutselig at det faktisk er en cancer som ligger bak. Og det kommer ofte langt ut i forløpet og ganske overraskende, så du kan umulig klare å finne alle innen de fristene, så det var jo diskutert litt, var det en klok bestemmelse? Sånn er det alltid, at man diskuterer om det er fornuftig det som kommer fra oven.”

Samtidig blir det påpekt det problematiske med at det i lovverket vises til faglig forsvarlighet:

”... når du sier at det skal være medisinsk faglig forsvarlig, så er du straks opp mot gummistrikk, ikke sant. Fordi jeg kan godt si at det er medisinsk faglig forsvarlig å vente med en kreftoperasjon i fire uker eller seks uker eller åtte uker. Eller sagt på en annen måte, hvor går grensen, altså når blir det uforsvarlig? Hvis du kan vente i åtte uker, hvorfor kan du ikke vente i åtte måneder? Altså, hva er forskjellen? Når blir du så syk at du dør av dette?”

Flere informanter etterlyser også mer differensierte forløpstider for de ulike kreftformene. Dette illustreres av en informant som sier at: *”Vi har i stor grad hos oss på en urologisk avdeling pasienter med kreft i prostata, der vi vet at om vi fra vi starter utredning til vi får definitiv behandling og det går 3 måneder, så betyr det lite eller ingenting. Men, har du en pasient av en annen kategori, for eksempel pasienter med såkalt muskelinvasiv blærecancer der du må fjerne hele urinblæren, så vet vi at det er data på at går du over 50 dager, så er behandlingsresultatet dårligere. Så man kan ikke snakke om kreft som sådan, og det har man også gjort.”*

Alt i alt tolker jeg inntrykket fra informantene slik at de er positive til forløpstider for kreft, og at de fleste har jobbet med å få til kortere forløpstider for kreft lenge. Flere informanter etterlyser imidlertid differensierte forløpstider. Samtidig ble føringene fra departementet oppfattet som et politisk utspill som ikke helt har rot i den medisinske virkeligheten, og at den type faglige utspill kan undergrave tilliten til politikerne.

Flere informanter etterlyser en prioritering fra politikernes side, og mener det er problematisk å prioritere kreftpasienter uten at det gis ekstra ressurser til dette. En informant sier det slik:

”Vi har jo nå per i dag mer enn nok med å ta vare på pasientene slik vi gjør det i dag, slik at å implementere dette, det måtte komme i et slags kravs form, at vi ikke fikk behandle pasienter uten dette, at vi ikke fikk refusjon for pasienter hvis det ikke var skjedd på denne måten osv., og da måtte man prioritere, og det er noe som politikere aldri kan. Det er jo ikke bare å si at

nå skal vi prioritere den gruppen, men det skal ikke gå ut over noen annen! For da må rammene økes, og det er utenfor min kontroll.”

Samme informant mener kravet om forløpstider er problematisk i forhold til andre pasientgrupper som også trenger rask behandling: *”Jeg må også prioritere pasienter som har nyrestein, som kan få nyresvikt, du kan dø av det og. Hvis du har en nyrestein, så er jo det langt mer akutt og farlig å dø av enn å ha prostatacancer som du kanskje ikke dør av noen gang uansett, slik at cancer er ikke alltid det viktigste. Så det er ikke et så enkelt bilde.”*

En annen informant peker på problemene med å prioritere innad i et sykehus: *”Så sier man at de regionale helseforetakene og helseforetakene får så mange milliarder, at her må man klare å prioritere, slik at disse pasientene får den prioritet de skal. Og det samme vil jo Helse Sør-Øst si, de får sine midler og fordeler de ut og da er det opp til helseforetakene å prioritere innenfor de midlene. Og så sitter en administrerende direktør og har problemer med sine divisjonsdirektører og klinikkledere som alle vil ha prioritet for sine områder. Og da er det å få tatt den beslutningen som er nødvendig.”*

En informant uttrykker frustrasjon over den halvhjertede styringen han opplever fra myndighetenes side og mener at *”.. hvis ikke de er villig til å overlate styringen til oss som er satt til å prøve å styre etter fattig evne, men vi skal overstyres, så må de faktisk ta fra oss styringen og si at denne gruppen pasienter må dere legge til side. Enten må de overlate styring til folk som meg, som prøver å forvalte det på en best mulig måte, ellers så må politikere/helsebyråkrater overta styringen. Men da må de faktisk ta fullt ansvar selv.”*

Mitt hovedinntrykk er at mange informanter synes det er vanskelig å prioritere den ene pasientgruppen fremfor den andre, fordi også andre diagnoser enn kreft kan være livstruende dersom de ikke prioriteres raskt. Mange etterlyser en tydeligere prioritering fra politikerens side, og særlig hva som ikke skal prioriteres. Flere informanter gir uttrykk for frustrasjon over politikere som helst vil prioritere alt, men som ikke kan bidra med midler og verktøy som gjør det mulig for sykehusene å gjennomføre forløpstider for kreftpasienter uten at det går ut over andre pasientgrupper. Andre mener derimot at politikerne blander seg for mye inn i hva sykehusene skal prioritere og ikke, og at de i liten grad stoler på at sykehusene kan gjøre denne jobben innen for de ressursrammene som er gitt.

Informantene ble også spurt om de personlig opplever at innføring av forløpstider har påvirket deres hverdag, og deres mening om forløpstider som sådan. Informantene ble videre spurt om de synes det har vært noen suksessfaktorer når det gjelder innføringen av forløpstider for kreft. En informant sier det slik: *” Nei, hva er suksess da? Hos oss så er det vel at enkeltforløp er blitt tatt tak i, så som lungecancer som vi nærmer oss som et forløp burde være, vil jeg si. ... Ellers så er det at vi har fått bedre samhandling i klinikken i forhold til mer tverrfaglige team, og at man fokuserer på pasientflyt. ”*

En annen informant sier det slik: *”Ja, suksessfaktoren kan vel være det at det har jo økt fokuset på dette at nå må vi sørge for at ingen venter for lenge da, nå er det i ferd med å skje noe, det tror jeg. Så jeg vil jo tro at man kan måle det at ventetiden er kortere, selv om ikke dette akkurat er implementert, så har du det jo i hvert fall ligget i bakhodet på mange flere, at nå begynner man å titte oss mer i kortene hvis vi har for lange ventetider, det tror jeg.”*

Samme informant sier videre at: *”... det er jo ikke noe vanskelig å se at det er fornuft i det, så det er vi ikke uenige om, men det er liksom gjennomføringen som er til dels vanskelig... Men det er klart vi syns at det var veldig politisk når det kom på den måten. Det syns vel alle, og vi trakk litt på skuldrene av det hele, altså, det gjorde vi.”*

Det var flere positive ytringer blant informantene om hensikten med innføring av forløpstider. En informant sier det slik: *” Nei, det tror jeg faktisk er bra. Jeg tror det er veldig bra, for det viser at myndighetene tar akkurat det litt alvorlig, og at helseforetaket blir litt pressa til å gjøre noe med det... Men jeg tror nok at det har kommet litt umodent, det vil si, jeg tror det er bra, men de har ikke gjort de andre endringene som kanskje er nødvendige for at det faktisk skal være mulig”.*

Flere informanter svarer også at myndighetenes føringer om forløpstider ikke har ført til noe som helst og at sykehusene driver sin virksomhet akkurat som før. Dette illustreres ved følgende ytring fra en av informantene: *”Svaret på det er jo at vi driver stort sett som tidligere, men avdelingen har over år hatt høyt fokus på rask håndtering av pasienter med kreft. Vi prøver å gjøre det beste vi kan innen de ressursrammer vi er tildelt.”*

Andre informanter er positive til at det har blitt større fokus på forløpstider, men at de savner gode virkemidler for å få det til. En informant sier det slik: *”Jeg var veldig glad for at det ble et fokus på ventetidene, fordi..., jeg håper det kan hjelpe oss til å få en bedre logistikk, for vi*

er ikke gode nok på logistikk når det gjelder kreftutredning og behandling. Jeg håper det, og så ser jeg at virkemidlene ikke har vært gode nok for å få det til. ”

Samme informant etterlyser kraftigere føringer fra departementet: ”Jeg ville ønske at man fikk kraftigere føringer, enten i form av øremerkede midler til koordinatorene eller til kreftradiologi, patologi eller flere legestillinger på kreftområdet. Flere MR, ID-nummer⁹ til kreftområdet, for eksempel. At man fikk enten mer det helt konkret, eller veldig sterke føringer i forhold til regionale helseforetak og helseforetakene, slik at det er vanskelig å komme unna, på en måte... Eventuelt kan selvfølgelig de regionale helseforetakene gjøre det, men jeg tror at hvis det ikke kommer fra departementet, så tror jeg ikke det blir gjort.”

Funnene i Helsetilsynets rapport (2010) sier naturlig nok ingenting om innføring av forløpstider for kreft, da forløpstidene ble innført først året etter at risikorapporten ble framlagt. Det Helsetilsynet imidlertid kommenterer i sin rapport er at det ikke er en nasjonal dør inn til informasjon om handlingsprogrammer, men at det finnes mange ulike web-sider og at det ikke er samme informasjon under de ulike web-sidene, og at det her er behov for en opprydding og rolleavklaring når det gjelder hvem som gjør hva og når ved informasjonsoppdatering. Jeg forfølger ikke dette temaet ytterligere her. I statsbudsjettet for 2011, St. prp. nr 1 Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011) er imidlertid Helsetilsynets rapport omtalt, og departementet varsler at de i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2011 vil ”ha fokus på en videre utvikling av kreftområdet, med særlig vekt på risikofaktorene i Helsetilsynets rapport.”

De fleste informantene synes det er positivt at det legges sterkere vekt på forløpstider, og mener dette kan ha en positiv virkning for pasientbehandlingen på sikt. Samtidig etterlyser flere informanter bedre oppbacking og støtte fra helseforetaket og det regionale helseforetaket, og flere ønsker at de hadde bedre verktøy for å gjennomføre departementets

⁹ NR-databasen (legestillingsregisteret) inneholder den lovbestemte legebemanningen innen spesialisthelsetjenesten. Alle legestillinger har et unikt NR-id. nummer. Nye legestillinger tildeles de regionale helseforetakene gjennom årlige kvoter fra Helse- og omsorgsdepartementet (NR-databasen).

føringer. Eksempel på slike verktøy er midler til pasientkoordinatorer som gjør det mulig for sykehusene å gjennomføre forløpstider for kreftpasienter, og klarere signaler fra politikernes på hvilke pasientgrupper som skal prioriteres. Enkelte informanter mener også at de allerede har fått til en optimal organisering og at innføringen av forløpstider ikke spiller noen rolle fra eller til, fordi de alltid har hatt et mål om å behandle kreftpasienter så raskt som mulig, og kravet om forløpstider har ikke hatt noen betydning for hvordan de har organisert sin virksomhet.

Funnene indikerer at faglige retningslinjer og normerende føringer som blir gitt som styringssignaler fra helsemyndighetene har hatt en noe ulik effekt i de ulike helseforetakene og at dette har flere årsaker. Flere informanter viser til at de allerede jobbet for effektive forløp for kreftpasienter og at retningslinjene ikke betydde noen endring for deres pasienter eller noen ny måte å jobbe på for dem. Denne holdningen understøttes av Grimshaw et al. (2004) som fant blant annet at effekten av retningslinjer er større desto mer betydningsfull atferdsendringen er for pasientene og at effekten er større desto mindre kompleks atferdsendringen er. De regionale helseforetakene rapporterer hvert år til departementet på graden av måloppnåelse av kravene om at 80 prosent av pasientene skal ha startet behandling innen 20 dager. Teori viser at effekten av audit og feedback varierer fra ingen effekt til moderat effekt (Oxman et al., 1995). Jamtvedt (2011) mener at audit og feedback kan knyttes til incentiver eller til refusjonsordninger ved blant annet at målinger kan gjøres offentlig tilgjengelig. En foredragsholder ved en kreftkonferanse i november 2001 (jf. kap. 2.8) uttalte blant annet at frontlinjeledere måles for lite på god drift og kvalitet og at: *"Du gjør det du måles på"*. På den ene siden kan det å måle og offentliggjøre resultater av behandling være en inspirasjon til å følge opp myndighetenes føringer. På den annen side kan det føre til at man nedprioriterer det man ikke måles på, og at dette i ytterste konsekvens kan gå ut over andre pasientgrupper enn kreftpasienter.

5.2 Om organisasjonskultur

På spørsmålet om innføring av forløpstider for kreft har hatt betydning for hvordan sykehusene har organisert sin virksomhet, kommer flere informanter inn på betydningen av en organisasjonskultur som fremmer samarbeid mellom avdelinger innad i sykehuset. Som en

informant sier det: *"Dette er som jeg sier uhyre komplekst og til dels så har det med kultur å gjøre, altså og personligheter og sånne ting som jo svartider kan være avhengig av. ... Det kan vi se rundt på våre enheter så har vi jo forskjellige kulturer, som ligger i veggene som vi pleier å si. For eksempel her, så sier man: Her får det ikke ligge en prøve ubesvart ute på laboratoriet. ... Andre enheter, der ligger det en haug og så videre, og her svarer vi ikke på prøvene i det hele tatt. Og det der ligger så dypt i hele strukturen. Det er utrolig vanskelig å gjøre noe med det... Det er like stor kulturforskjell i en gruppe i 1. etasje som i 2. etasje, som du har mellom en enhet her og en på et annet sykehus."*

En annen informant trekker fram betydningen av de personene som sitter i de ulike stillingene: *"... man kan ha mange ulike organiseringer for å få ting til å fungere, det viktigste er ofte personene som sitter der, og ikke organiseringen. Det er samtidig klart at organiseringen betyr litt, og så er det faktisk viktig at aktørene har kontakt over noen tid. En basal trygghet om at en faktisk vil pasientens beste og at man sammen prøver å finne gode løsninger er viktig."*

En informant sier det slik: *"Ja, de sterkeste føringene er jo de som ikke er formulert, de som ikke er uttalt, ikke sant, som på en måte sitter i kulturen, i veggene."*

Konkurransespektet blir også trukket fram som viktig av en informant: *"Samarbeidskulturen har vært veldig god på sykehuset.. Vi har hatt en lang konkurranse med et annet sykehus. Jeg vil påstå at det er en sunn konkurranse, fordi vi prøver å være best. Det er jo bra for pasientene at vi prøver å være gode. Og vi har alltid måttet kjempe om ressurser, og da har vi nok sett gjennom mange år på det å få til gode pasientforløp, få pasientene raskt gjennom på en god måte, det er noe som vi er tjent med alle sammen. Og vi har hatt en del ressurspersoner som har vært veldig flinke til få avdelingene til å jobbe sammen. Så det tror jeg har både med historien å gjøre, kulturen, og ikke minst enkeltpersoner. Men også organiseringen, vi så jo det en periode."*

I Helsetilsynets risikorapport (2010) listes det opp 16 ulike risikofaktorer innenfor hovedområdene henvisninger, diagnostikk, behandling, informasjon/kommunikasjon og arbeidsmiljø. Organisasjonskultur er ikke spesifikt omtalt, men ut fra beskrivelsen av funnene i rapporten, nærmere beskrevet i oppgavens kapittel 2.6, mener jeg det framgår ganske klart at det eksisterer organisasjonskulturer som ikke fungerer optimalt når det gjelder pasientforløp.

Kulturen i det enkelte sykehus og i den enkelte avdeling blir av flere informanter trukket fram som noe som har betydning for hvordan de løser sine utfordringer når det gjelder å få til gode pasientforløp. Flere peker på hvor viktig det er med ressurspersoner som får medarbeidere og avdelinger til å samarbeide og hvordan organisasjonskulturen som ”sitter i veggene” bidrar til hvordan de enkelte avdelinger og sykehus løser sine utfordringer.

Flere informanter viser til at det i deres avdeling eller seksjon er en kultur for å jobbe raskt og effektivt og få ting unna, mens det i andre avdelinger ikke er den samme kulturen. Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) understreker hvordan en kultur virker på de beslutningene som fattes i organisasjonen, og at sterke institusjonelle trekk kan ha klare interne effekter, ved at en institusjon med en klar misjon og handlingsretning både kan være utviklende for den enkelte, men også bedre kvaliteten på arbeidet i organisasjonen, med tilhørende eksterne effekter. I følge Jacobsen og Thorsvik (2010) er organisasjonens kultur sentral når man skal forstå kulturens effekt på valg mellom alternativer: *”Når man står i en valgsituasjon, vil man ofte stille seg selv spørsmålet: Hva er bra og hva er dårlig i denne organisasjonen? I en slik valgsituasjon kan kulturen være til hjelp ved å gi generelle retningslinjer for hva som er godt og mindre godt.”* Som det framgår fra flere informanter er det også kultur noen steder for å gjøre slik man alltid har gjort, og ikke være åpne for nye måter å gjøre ting på. Jacobsen og Thorsvik (2009) peker nettopp på at kulturen også kan ha negative konsekvenser ved at man velger alternativer som støtter opp om den kulturen som allerede finnes, og at dette kan føre til en sterk vekt på at alt skal bli som det var, og en liten vilje til å ta risiko og endre seg.

Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) beskriver hvilken rolle ledere spiller i institusjonaliserte organisasjoner, og hva som er typisk for kulturelt lederskap. De viser til at på den ene siden utvikler et lederskap seg i en kulturell, evolusjonær prosess, hvor det er viktig å være tradisjonsbærer for sentrale kulturelle normer og verdier. På den annen side vil en formell posisjon som leder høyt oppe i et hierarki også gi gode muligheter til å påvirke utviklingen av institusjonens kulturelle normer og verdier. Det framgår videre at ledere ofte vil være påvirket av den kulturelle ballast de har fått gjennom en karriere i organisasjonen, og at de ved å handle ut fra denne vil bidra til lederskapets legitimitet. Det er derfor, påpeker forfatterne, at man ofte opplever at ledere som blir rekruttert eksternt kan få problemer, fordi de er for lite kulturelt sensitive.

Konteksten, både den strukturelle og den kulturelle, som omgir en leder, gir muligheter for handling, men den gir også klare føringer og begrensninger (Christensen, Lægreid, Roness og

Røvik, 2009). Dette bringer meg over til temaet ledelse, og som jeg har vist til her, henger tett sammen med organisasjonskultur.

5.3 Om ledelse

Helsetilsynet viser i sin risikorapport til at risikobildet av norsk kreftbehandling langt på vei er et ledelsesproblem (Statens helsetilsyn, 2010, s. 20). Helsetilsynet anbefaler derfor at de regionale helseforetakene bør se nærmere på blant annet hvordan risikostyring er integrert i lederkontrakter og oppfølging av disse, og hvilke aktiviteter helseforetakene har i sitt kontinuerlige forbedringsarbeid, og hvor virkningsfulle disse aktivitetene er. Jeg er ikke kjent med hvordan Helsetilsynets rapport er fulgt opp i de regionale helseforetak og helseforetak, og har heller ikke gått inn i dette temaet i min oppgave. Jeg finner imidlertid Helsetilsynets anbefalinger så klare at jeg vil drøfte nærmere hva ledelsesutfordringene kan bestå i, og hvordan ledelse utøves i de enkelte avdelingene i helseforetakene i møte med departementets krav om forløpstider.

Alle mine informanter er avdelingsledere eller assisterende avdelingsledere i sykehus på det som kalles nivå 3, under administrerende direktør og klinikkdirektør. De fleste peker på ledelsesmessige utfordringer når det gjelder å følge opp helsemyndighetenes føringer om forløpstider. Særlig fremhever mange at ledelsesutfordringer eksisterer på et høyere nivå enn deres eget, og at det er behov for støtte høyere opp i ledelsen for å løse blant annet de kapasitetsproblemene de opplever at de har.

En informant sier det slik: *"I stor grad så er det de som er såkalt nivå 3 - ledere, som jeg da, de driver på en måte sykehus alene i sykehuset i alt for stor grad. Ja, for det er sånn at om den øvrige ledelsen er til stede eller ikke, betyr veldig lite for vår daglige drift. Vi driver med vårt, og jeg tror at mange utenfor ikke er så veldig involvert i hva vi holder på med her. Sånn tror jeg det er på mange avdelinger, altså. Og det er jo for så vidt bra på mange måter. Vi har en frihet til å gjøre det vi vil, men det samsvarer ikke helt med hva ledelsen oppover tror de er med på å bestemme."*

Samme informant sier videre: *"Skal vi ha behandlingsløp for cancerpasienter som gjør at de er ferdigbehandlet på tre uker, så må vi ha mer plass. Ok, da burde ledelsen ha sørget for å skaffe det, da. Men de svarer: Nei, vi har det vi har."*

Flere informanter er av den oppfatning at slik lederstrukturen er i flere sykehus, er det for tungvint å kommunisere behov lenger ned i organisasjonen og at de som ledere ikke har råderett over de ressursene som trengs for å få til gode pasientforløp. En informant forklarer utfordringene på denne måten:

"Men jeg kan altså ikke styre røntgen. Og da går det på organisering. Hvis det er sånn at jeg skal fremstå som en medisinsk faglig ansvarlig person i ordets rette betydning, så må jeg ha ansvar også for verkstedet. Altså, jeg må eie ressursene. Jeg må kunne disponere de ressursene som trengs for å håndtere mine pasienter. Men hvis det er splitta opp, så må det lages en type lederstruktur som gjør at disse møtes ukentlig da, i hvert fall, sånn at man kan si at nå må vi ha en annen ordning på dette. Hvis jeg skal gå i linjen som det heter, opp til klinikkledermøtet, for så å dryppe over på et større ledermøte og så risle ned igjen i den andre organisasjonen, så er vi sjanseløse."

Enkelte informanter etterlyser bedre samhandling på ledernivå, slik at man lettere kan styre ressursene dit hvor de trengs mest til en hver tid. En informant forklarer at:

"...så det er ikke det faglige nivå, det fungerer veldig greit... vi snakker med hverandre, vi ringer til hverandre, ikke sant. ... men ressursfordeling, om det er tre damer som skal sitte der, og hvordan skal de bruke sin dag den dagen... De vet jo heller ikke noen ting om hva som foregår på den andre siden. Så på ledelsesnivå er det jo ingen samhandling."

Samme informant sier videre: *"... faget stanger liksom hodet i veggen når ledelsesmessig og ressursmessig problemer dukker opp, og jeg tenker at også det må ligge inn under en ansvarlig leder."*

Den samme informanten ønsker seg mer fleksibilitet i bruken av ressurser og forklarer hvordan hun oppfatter situasjonen på røntgenavdelingen: *"Da står maskinen der og støver fordi at de sier at de ikke har ressurser! Men hadde det vært under meg, så hadde jeg sagt at da får jeg heller gå ned på en på kirurgisiden, og ansette en radiolog, fordi du ser hva som er viktig for å gi den riktige omsorgen til den pasientgruppen."*

En annen informant sier det slik: *”... organisasjonen har ikke fungert som vi har villet, fordi at lederne tar ikke det ansvaret som var forventet.”*

Samme informant mener at det mangler en lederstruktur og ledere som er villige til å gå i dialog for å bli enige om hvilke mål de skal sette seg for å få svartidene på prøver akseptable. Han mener også at det er for få leger som er villige til å ta lederjobben på alvor, og at legene er mer opptatt av det faglige enn det å lede. Han forklarer at:

”Det finnes for få leger som er interesserte av å ta lederjobben på alvor. De er veldig fokuserte på det faglige, ... og de vil ikke ta lederoppgavene, ... så er det behov for å ha disse legene som kan motivere bioingeniørene og ... liksom forstå sammenhengen mellom pasienter og klinikken og laben på en måte. Og de vil gjerne sitte på sine arbeidsrom og gjøre sin diagnostikk og fordype seg faglig.” Videre peker samme informant på at beslutninger, som burde vært tatt av den enkelte leder, tas i ledermøtene: *”... Og det betyr at møtene i ledelsen egentlig blir driftsmøter, i stedet for at de blir strategiske møter.”*

Flere informanter er tydelige på at det er behov for ledere å disponere de ressursene som er nødvendige for et pasientforløp på en annen måte enn det gjøres mange steder i dag. De peker på at dette har med den sentrale ledelsen å gjøre, at koordineringen mellom de ulike avdelinger og klinikker ikke er god nok.

Den samme informanten peker på at dersom man ikke selv kan styre alle ressursene, kan man ha mekanismer for å styre ressursene. Informanten gir et eksempel på hvordan dette kan gjøres: *” ... vi gjorde en avtale med røntgen om hvor mange undersøkelser, CT- undersøkelser, MR- undersøkelser vi skulle få kjøpe det kommende år, og det var de da budsjettert for. Hvis vi kjøpte mer, så betalte vi fra vårt budsjett, slik at de kunne justere sine ressurser. Hvis vi kjøpte mindre, så fikk vi penger tilbake, slik at vi måtte justere ned. Det syns jeg var en mekanisme som fungerte bra.”* Samtidig peker denne informanten på at dette egentlig kunne vært ordnet på ledelsesplan.

Flere informanter mener at det er en for svak linjestyring i norske sykehus og at det også til dels er uklare mål for hva virksomheten skal drive med. En informant uttrykker det slik:

”Så lenge det er en økonomisk styring på toppen, så tror jeg ikke du kommer unna linjestyringen. Men ... problemet er jo ofte i norske sykehus at linjestyringen er for svak... Og ikke minst er det litt uklare mål for hva en skal drive med, kanskje til og med innen for de

forskjellige gruppene på sykehuset er det litt uklare mål.” Samme informant mener videre at det er for lite autoritet i linjen: ”Veldig ofte så ser jeg at det er for dårlig autoritet i linjen. Og at linjen ikke fungerer fordi det er ..., de som går utenom.”

En moderne, instrumentell og administrativ forståelse av ansvar er et mer formelt og smalt ansvar, og består i at den som får et formelt ansvar også skal redegjøre og rapportere systematisk for hvordan ansvaret forvaltes, og er basert på at uformelt basert tillit ikke er nok. En slik mer formell og snever definisjon av ansvar er i dag tydelig for administrative ledere på ulike nivåer, og tankegangen representerer tenkningen i New Public Management (NPM) (Christiansen, Læg Reid, Roness og Røvik, 2009, s.134). NPM kjennetegnes av moderniseringsoppskrifter for offentlig sektor hentet fra privat sektor, der kjernen utgjøres av ideer om profesjonell ledelse. Det vil si ledere med lederkunnskaper og frihetsgrader til å ta avgjørelser, oppsplitting av offentlige organisasjoner i selvstendige resultatenheter, økt konkurranse, samt bruk av kontrakter. Utskillingen av sykehusene fra offentlig forvaltning, mer managementorientert ledelse og institusjonell klargjøring av statens mange roller er elementer som viser at sykehusreformen i stor grad har hentet sin inspirasjon fra NPM (Opedal og Stigen, 2005).

Helsetilsynet anbefaler i sin risikorapport at de regionale helseforetakene bør se nærmere på blant annet hvordan risikostyring er integrert i lederkontrakter og oppfølging av disse, og hvilke aktiviteter helseforetakene har i sitt kontinuerlige forbedringsarbeid, og hvor virkningsfulle disse aktivitetene er. Dette står i noe motsetning til studier som viser at det er flere problemer knyttet til et system gjennom lederkontrakter med resultatkrav og rapportering. I følge Christensen, Læg Reid, Roness og Røvik (2009) har de sentrale politiske og administrative lederne til sin disposisjon et mer utbygd formelt rapporterings- og kontrollapparat enn før, særlig overfor underliggende forvaltningsorganer. Samtidig kontrolleres den enkelte leder mer formelt enn før gjennom lederkontrakter med resultatkrav og rapportering og evaluering. Det vises videre til studier som synliggjør flere problemer knyttet til et slikt system, blant annet problemet med ansvarspulverisering, det vil si at det er mange ulike aktører involvert i prosesser på lavere nivå i organisasjonen, og at det er problemer med å plassere ansvar. Videre framgår det at et nytt formalisert kontrollsystem, som skulle bidra til å skape klarhet i ansvarsrelasjoner, i realiteten synes å ha skapt et større kontrollapparat og flere konflikter og uklarheter rundt lederansvaret, og at problemer med kontroll av delegert ansvar også har noe å gjøre med problemer med å definere klare mål som

det skal styres etter og rapporteres ut fra (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009, s. 135). En informant illustrerer noe av utfordringen slik: *”Det er så mange ledd, det er så mange ledere. Hvorfor kunne det ikke vært slik at den som var gastrooverlege kunne hatt ansvaret for gastrooperasjonssykepleiere, gastroanestesisykepleiere, gastroanestesileger? ... for da er det en helhetlig behandlingslinje, og da er det et helhetlig lederansvar også”*

En lang rekke kontekstuelle forhold virker inn på måten ledere i offentlig virksomheter utformer sine roller på, og det har i ledelsesforskning vist seg vanskelig å dokumentere klare sammenhenger mellom lederegenskaper/lederstiler og organisasjonens resultater (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009).

De fleste informantene mener at man som leder også må være kliniker og kunne holde seg faglig oppdatert til en hver tid. Samtidig ser mange at det er et dilemma både å kunne være en god kliniker og en god leder samtidig, fordi det ene ofte går ut over det andre.

En informant uttrykker det på denne måten: *”Hvis du har et komplett støtteapparat, da kan du være en fagperson som er sjef. Men hvis du ikke har et komplett støtteapparat, og det er det ikke noen tradisjon for i Norge, ... så tror jeg vel det er veldig vanskelig å være kliniker og leder.”*

I praksis viser det seg at de lederne som jobber som ledere på heltid har en annen fagbakgrunn enn helsefag. I sin studie av alle landets offentlige somatiske helseforetak finner Kjekshus og Bernstrøm (2010) at det fra 2007 til 2009 er en stadig større andel av ledere som jobber som ledere på heltid, spesielt blant lederne som har en annen utdanningsbakgrunn enn lege og sykepleier.

Betydningen av å ha en stedlig leder understrekes av enkelte av informantene. En informant beskriver en god leder på denne måten: *”Jeg tror det er viktig å ha en stedlig leder som er synlig og som bryr seg. ... For det å lede et sykehus, det er ikke å drive maktutøvelse. Det er faktisk å prøve å lirke og lempe og få folk til å bli med på de gode løsningene. At det blir de som driver med faget som faktisk kommer med løsningene, men vi må legge til rette for det, slik at det ikke blir noen maktkamp mellom fagfeltene.”* Det er dette som i organisasjonsteorien kalles ”statsmannskunst” og som innebærer at det innenfor de formelle rammene er rom for at ulike institusjonelt baserte og uformelle prosesser utspilles, og ledelse slik sett blir relatert til mellommenneskelige forhold og prosesser, eller sagt på en annen måte;

behandling av menneskene i det formelle systemet (Christiansen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009). Det framgår videre at ledelse kan betraktes som organisasjonsatferd, et syn som kombinerer *styring av*, det vil si instrumentell styring av organisasjonen, med *styring i*, som forbindes med management og profesjonell ledelse, der det mellommenneskelige aspektet er viktig.

Samlet sett tolker jeg funnene slik at de fleste informantene opplever at det er behov for en sterkere linjestyring enn det som er tilfelle i dag og at ledere må bidra til en bedre koordinering av ressurser mellom klinikker og avdelinger, både personellmessig og økonomisk, enn tilfellet er i dag. Flere informanter peker også på at det er behov for et bedre støtteapparat for ledere, slik at de faktisk kan utøve ledelse. Noen peker også på at de opplever å ha uklare mål for virksomheten og at dette er uheldig. Mange mener at når man skal ha en helhetlig behandlingslinje, krever det også muligheten for å ha et mer helhetlig lederansvar. Mye tyder altså på at lederansvar mange steder er for oppstykket til å kunne styre ressurser på en helhetlig måte, og at det er behov for et mer helhetlig lederansvar for hele pasientforløp for å få til mer strømlinjeformede pasientforløp og en bedre styring av ressursene. Mange fremhever at ledelsesutfordringene i stor grad eksisterer på et høyere nivå enn deres eget, og at det er behov for mer støtte høyere opp i ledelsen for å løse utfordringer knyttet til gjennomføring av forløpstider.

Disse funnene henger tett sammen med hvordan virksomheten er organisert, noe som bringer meg over til et annet sentralt tema, organisasjonsstruktur, og hvilken betydning organisering av virksomheten har for optimale pasientforløp.

5.4 Om organisasjonsstruktur

Hovedintensjonen med denne oppgaven er å finne ut om det er foretatt endringer i den interne organiseringen i sykehusene for å nå målet helsemyndighetenes har satt om at 80 prosent av kreftpasientene skal ha startet behandling innen 20 dager. Er det organisatoriske hindringer for å få dette til? Hva er gjort i sykehusene for å forbedre pasientforløpene? Hvis det ikke er gjort endringer i den interne organiseringen, hva kan dette skyldes? Kan det skyldes at sykehusene oppfatter at de allerede har en optimal organisering, at det har gått for kort tid siden styringssignalene ble gitt, slik at sykehusene ikke har hatt tid til å foreta endringer, eller

skyldes mangel på endringer andre forhold? Jeg har i de to foregående kapitlene forsøkt å gi en vurdering av betydningen av implementering av faglige retningslinjer, organisasjonskultur og ledelse. Her vil jeg se nærmere på organisatoriske utfordringer.

Helsetilsynets risikorapport (2010) peker på at forsinkelser i diagnostikk er den aller viktigste risikofaktoren, og at sen diagnostikk omhandler hele kjeden fra fastlege til spesialavdelinger, hvor ventetid, svikt i selve informasjonsutvekslingen og dårlig koordinering på ulike måter bidrar til forsinkelsene. Helsetilsynet kaller dette svikt i utredningslogistikk, fordi mye av dette handler om behov for smidigere og raskere arbeidsprosesser. Jeg vil i det følgende referere til synspunkter som kom fram under intervjuene og forsøke å knytte funnene opp mot funnene i Helsetilsynets rapport og statsvitenskapelig organisasjonsteori for å få en bedre forståelse av virkningen av de ulike mekanismene inn i organiseringen av pasientforløp. Overskriftene i underkapitlene nedenfor reflekterer de hovedgruppene jeg har valgt å dele Helsetilsynets funn inn i, jf. tabellen under kapittel 2.2. Jeg går ikke inn i enkeltelementene i Helsetilsynets funn, men trekker fram elementer som beskriver svikt som berører behandlingsforløp. Jeg går ikke inn i drøftingene av funn som gjelder behandlingsresultater, komplikasjoner etter behandling, infeksjoner osv. For å forenkle framstillingen, beskrives og drøftes henvisninger i et eget kapittel. Diagnostikk og behandling har jeg valgt å framstille og drøfte samlet, da jeg mener disse elementene henger tett sammen og illustrerer det Helsetilsynet benevner utredningslogistikk. Informasjon og kommunikasjon har jeg knyttet sammen med samarbeid mellom avdelinger, da dette kom opp som et tema fra flere av informantene. Jeg har valgt ikke å drøfte nærmere Helsetilsynets punkt om arbeidsmiljø, da dette ikke har vært et tema jeg har spurt informantene om. Dette temaet har heller ikke vært nevnt av informantene under intervjuene.

5.4.1 Om henvisninger

Selv om det ikke ble spurt direkte om informantenes synspunkter på henvisninger fra fastlegen, kom det fram synspunkter på dette særlig gjennom spørsmålet om etablering av diagnosesentra og informantenes synspunkter på dette. Flere av informantene etterlyser blant annet bedre henvisninger fra fastlegene: ”*Der har vi en sånn rutine at hvis den som tar i mot henvisningen syns at den har for lite opplysninger, så skal han returnere henvisningen og be om litt mer opplysninger. Men det kan være henvisninger som er såpass generelle at hvis den åpenbart skal til gastro eller lunge, kan den bli lagt i hylla til en annen spesialist og bli litt*

forsinket. ” Dette samsvarer delvis med Helsetilsynets funn, som viser at henvisninger blir forsinket, eller borte, og at det er sviktende mottak og oppfølging av prøvesvar.

En annen informant sier det slik: *”Og det står jo begrenset med utfyllende tekst på henvisningen til oss, ikke sant? Veldig mange havner jo kanskje i den kategorien at det er veldig uklart, ... det kan være hva som helst, det er veldig sjelden at det er veldig sterk mistanke om kreft da. Og klart det er det vi merker, at... når du da ikke har kapasitet til å kunne ta de inn til den tida de kanskje hadde fortjent, så må det absolutt gjøre noe med at de både blir engstelige, at de ringer mye og lurer på og etterlyser. ”*

En informant opplever at kvaliteten på fastlegen er sterkt varierende, og at sykehuset tar hensyn til den kjennskapen de har til de ulike fastlegene når pasienten skal sendes ut til kontroller etter behandling på sykehuset. Dette illustreres av en av informantene: *”Mens det vi ser, det er jo det at det er en veldig stor variasjon blant fastleger. Noen er jo kjempegode, andre er glad i penger og en tredje kategori er ikke så flinke. Og vi skal jo selvsagt klare å forholde oss til alle sammen, og ikke ta hensyn til det. Men når vi for eksempel ber en fastlege om å ta ansvaret for å følge opp en kreftpasient, så ligger jo det inne i vår vurdering, at det er ikke noe vits i å sende til det og det stedet, for da skjer det ikke, så den pasienten må vi faktisk beholde her hos oss.”* Samme informant mener at sykehuset av og til tar på seg et oppfølgingsansvar som de ikke nødvendigvis har, fordi pasienten gir uttrykk for at de ikke føler de får den oppfølgingen de skal ha: *”Altså, pasienter er jo ikke dumme, de skjønner jo straks om de får kompetent hjelp eller ikke. ... Og da er det jo alternativt at vi kan anbefale en flink fastlege, pasienter kan jo da som kjent bytte, men det handler også om at vi noen ganger tar på oss et poliklinisk oppfølgingsansvar som vi, hvis vi setter det på spissen, ikke nødvendigvis har, eller har plikt på oss til å gjøre.”*

Det fremgår av enkelte informanter at henvisninger av pasienter med mistanke om kreftsykdom går i bølger, slik at ofte er det stille perioder for sykehuset, og sykehuset opplever å ha god kapasitet og pasientene kommer raskt gjennom systemet. Andre ganger kommer det mange henvisninger på en gang, noe som gjør det ekstra krevende for sykehuset og det kan ta flere uker før pasienten er ferdig utredet og behandlet. Mine intervjuer ble foretatt på sommeren, og en informant hevder at: *”For eksempel den perioden vi er inne i nå er tradisjonelt ekstremt travel. Det er fordi at vi får jo det meste av vårt fra primærhelsetjenesten, og rett før ferien så er det veldig mange fastleger som rydder kontoret sitt, da. Altså, de sender unna og henviser det de har vært i tvil om og kanskje jobba med en*

periode, og sett at ja, her er det vel kanskje noe allikevel, og de kan ikke gå sommeren i møte og så videre.”

En informant peker på utfordringen ved at IT-systemet på røntgenavdelingen og IT-systemet i klinikken ikke snakker sammen: ”*Det er en utfordring at de to systemene snakker for dårlig sammen i forhold til helheten for pasienten. Det er jo ikke lenge siden vi fikk inn røntgensvaret i pasientens journal for eksempel. Det er jo selvfølgelig en del av journalen, men siden man hadde forskjellige system, så ble det håndtert atskilt.”*

Noen informanter peker på at henvisninger ofte blir sendt tilbake til fastlegen, dersom avdelingen ikke finner at undersøkelsen som fastlegen har henvist til, finner noe galt, og at et diagnosesenter kunne ha løst noe av problemet med at henvisninger sendes fram og tilbake mellom sykehuset og fastlegen, slik tilfellet er noen ganger: ”*Med et sånn type senter, da hadde du sluppet det. Da har du på en måte en lege som uansett om det var prolaps i ryggen, eller, ... på en måte kunne sendt deg videre og gitt deg den riktige legen. Men det er klart hvis en fastlege sender cancer, eller spørsmål om et eller annet til oss, og det ikke er det, men det er noe annet, da sender vi svaret tilbake, og så må han sjøl finne ut hvem han da skal henvise pasienten til.”*

Andre informanter er mer skeptiske til diagnosesentre og mener at det vil bli et uheldig skille mellom diagnose og behandling. En informant sier: ”*Fordi svært ofte så blir utredningen mangelfull, hvis en ikke vet noe om hvordan pasienten skal behandles, spesielt for mange kreftsykdommer, så jeg tror at et best mulig samspill mellom utredning og behandling er viktig for sluttresultatet. Så jeg har ikke noe tro på å separere utredning og behandling mer enn absolutt nødvendig.”*

Jeg tolker funnene knyttet til henvisninger slik at informantene opplever at det er utfordrende for sykehuset at henvisningene fra fastlegen ofte er mangelfull, og at den derfor ikke havner hos riktig spesialist med en gang. Det er imidlertid delte meninger om nytten av å ha et diagnosesenter sette fra spesialisthelsetjenestens ståsted. Noen mener at da ville man ha sluppet at henvisningene ble sendt fram og tilbake mellom fastlege og sykehus, mens andre mener det er vanskelig å skille utredning og behandling. Fra fastlegenes synspunkt, kan nytten av et diagnosesenter se annerledes ut, men dette er ikke tema for denne oppgaven.

5.4.2 Kreftutredning og behandling – stafett eller lagspill?

Helsetilsynets rapport (2010) beskriver blant annet at det er svikt i kontinuiteten i behandlingen, at det er for mange aktører involvert og at det er for dårlig behandlingsflyt mellom aktørene. Disse funnene fra Helsetilsynet samsvarer i stor grad med det mine informanter forteller. Så og si alle informantene er enige om at organisering er viktig for å få til gode og smidige pasientforløp. Det er imidlertid ingen av sykehusene som har endret sin organisering etter at de sentrale føringene om forløpstider kom i 2011, men enkelte sykehus har satt i gang prosjekter for å prøve ut egne behandlingslinjer for enkelte kreftformer. Noen informanter trekker fram at de alltid har forsøkt å behandle kreftpasientene så raskt som mulig, og at forløpstidene ikke har medført endringer i organiseringen på sykehuset. Dette illustreres av en informant:

”Jeg tror det har skjedd fint lite, altså. Jeg tror vi en måte prøver å gjøre det så raskt vi kan, slik vi har gjort før, og vi har liksom ikke hatt mulighet til å akselerere det mer enn vi har gjort før.” En annen informant sier: *”Du kan si det vi gjorde, var å pushe folk i linja, ..., er det noe mer vi har å feie for som er konsekvensen av dette, det har vi gjort. Men ut over det har vi egentlig ikke gjort noe.”*

Det er en viss oppgitthet å spore blant noen av informantene, fordi de følte at sykehusene ikke hadde fått tid til å forberede seg på det oppdraget som kom sommeren 2011. En uttrykte det på denne måten: *”... så visste jeg før vi begynte at dette er umulig, for da måtte jeg ha tilgang på billeddiagnostisk service i løpet av 2 uker, og det vet jeg jo, for jeg har jo spurt, og de sier, nei, det klarer ikke vi. Og så er vi ”stuck” allerede før vi har begynt.”*

Flere informanter sier at de ser behov for endringer i organisering av virksomheten for å få til et bedre pasientforløp og for å redusere tidsspillet mellom de ulike leddene i utrednings- og behandlingskjeden. Det ble særlig pekt på flaskehalser i systemet, og de fleste informantene mener radiologi og patologi er de mest utfordrende flaskehalsene i pasientforløpet. En informant hevder at: *”Den store utfordringen har blitt å få laboratoriene til å klare jobben, Det er der som flaskehalsen sitter i dag, og ikke så mye på legekraft, diagnostikkiden, selv om det sitter der også.”* Disse funnene samsvarer med Helsetilsynets funn (2010) med svikt i radiologisk service og for lang ventetid på svar på vevsprøver.

Flere informanter peker også på problemet med at ulike systemer ikke snakker sammen og at det er utfordringer når det gjelder samkjøring av radiologi og klinisk virksomhet. En

informant mener også det er et problem at radiologi ikke blir sett på som en del av pasientforløpet: ”Og det er vel fortsatt min opplevelse at du blir sett på som serviceavdeling, så vi er ikke beregna inn i flyten til pasienten. Mens vi alltid blir påpekt å være flaskehalsen, eller som en av flaskehalsene. ... og det er jeg veldig forundret over. Jeg skjønner at vi er flaskehalsen, men da syns jeg de er rart at vi ikke er inkludert i flyten.” Samme informant peker også på dette med radiologiens tilhørighet: ”Det er jo det med sånn tverrfaglighet, at vi føler like mye tilhørighet til klinikken som vi gjør til servicesiden, da... . Vi er gratistjeneste ved huset, så vi har felles utfordringer i forhold til akkurat det med, ja at man kan henvise så mye man vil, men hvem bestemmer når det er nok?”

Mange informanter viser til at det er nødvendig å ha råderett over ressursene i hele behandlingslinjen, dersom de skal kunne få til raske og smidige pasientforløp og kunne ha mulighet til å omdisponere ressurser dit hvor flaskehalsene er størst. En informant uttrykker det på denne måten: ”Fordi at man må gjerne bestemme det at kreftpasienter skal ha veldig korte frister fra de får tilbud til utredning og behandling. Og det må gå på bekostning av noe, for jeg sitter jo ikke med muligheten til å sørge for dette i den forstand, at jeg har jo ikke bestemmelsesrett for hvor stor tilgang jeg har på poliklinisk aktivitet, på operasjonsstuer og så videre. Og i tillegg, når man krever at utredning skal skje i løpet av bare et par uker, må jeg ha tilgang på alt utredningsverktøy, som er CT, MR, spesialundersøkelser osv, og mye av dette ligger utenfor min mulighet til å bestemme.” En annen informant sier det slik: ”Et hovedproblem det er jo at sykehuset er organisert på en måte som gjør at jeg kan styre de kirurgiske ressursene, men jeg har jo ingen styring på de radiologiske eller de onkologiske, ikke sant, sånn at jeg kan jo gjerne ønske at folk skal være klar til et møte på torsdag ettermiddag, men det er jo helt opp til hva som er mulig for de andre avdelingene å få til.”

En informant viser til at lederansvaret bør være knyttet til de enkelte fagområdene: ”Jeg tenker at det må være en leder, at lederansvaret må gå liksom på en måte sånn fagspesifikt. Jeg burde ha ansvaret for onkologene, kirurgene og radiologene, ikke sant? Fordi da kan det hende at jeg kan si at ok, da kan du la være å ta den og den type undersøkelser, for nå hoper det seg opp, eller om det er mistanke om cancer, så den må gå foran. Det kan jeg ikke gjøre i dag.”

En annen informant peker på de logistiske utfordringene og ressursutfordringer når det gjelder bruk av operasjonsstuekapasitet: ”... vi operer nå på vår avdeling på 8-9 stuer i uka. Hvis en av de stuene ikke fyltes opp, slik at vi ventet til 2 uker før vi skulle operere slik vi planla,

skulle det være mulig å putte inn de pasientene som kommer med den type lidelse, da. Det er ikke helt enkelt, fordi da er det sann at forskjellige inngrep trenger forskjellig operatør. De operatørene som da skulle være ledige for den stua, kan ikke gjøre noe annet, så det er et ressursproblem å gjøre det så kjapt.”

Flere av informantene har forslag til hvordan man organisatorisk kan løse de utfordringene man står overfor for å få til bedre pasientforløp. Et eksempel er å lage egne behandlingsskjeder for alvorlige krefttyper, slik at man alltid hadde helsepersonell parat til å ta i mot dem. Videre at man hadde polikliniske timer som var øremerket for dette, for eksempel en egen kreftpoliklinikk, og ikke minst øremerkede utredningsplasser som røntgen og spesialundersøkelser, og egne tilbud på operasjonsrom. Og videre: ”... og at kravet var at fikk du ikke gjort det på dagen, så måtte du gjøre det på kvelden, koste hva det koste ville. For det er klart man hadde overtid hvis man vil noe.” Samme informant viser også til private sykehus som han opplever får til utredning mye raskere enn offentlige sykehus: ”Det er noe fundamentalt galt hvis du har spørsmål om kreft i prostata og går til privat time hos Aleris, blir man enige om at du må utredes, og du må til MR. Det tar man da rett etterpå. Kommer du til oss, så gjør vi biopsi først, for vi kan ikke vente på MR, for det tar 5-6 uker før vi starter utredningen. Og hvorfor må det være sann? Det er selvsagt det store spørsmålet. Da kan man ikke bare si at de private sykehusene skummer fløten, har enkle pasienter osv. Det er ikke bare det, det er en mye større vilje til å gjennomføre, mye større vilje til å drive behandling som er etter pasientens ønske.”

Denne informanten mener at mindre alvorlige inngrep kunne vært utført andre steder, for eksempel privat, og frigjort tid og ressurser i de offentlige sykehusene til mer alvorlige inngrep, som for eksempel kreftoperasjoner. Han hevder at: ”... du ser at nå når det er så lite tilbud privat når det gjelder mindre lidelser, så fører det til at vi operere trang forhud, testikler som ikke er falt på plass, penisfeilstillinger, på lik linje med viktige cancerinngrep. For det må også gjøres og det er ingen andre som gjør det. Og vi har til dels krav om at det skal gjøres innen rimelig tid, ikke sant? Dette burde vært gjort hvor som helst.”

De fleste informantene trekker fram de tverrfaglige møtene som veldig viktig for å få til gode pasientforløp, fordi der møtes ulike faggrupper og fagdisipliner for å diskutere behandlingsopplegget til hver enkelt pasient. En informant forklarer det slik: ”Dette med organisering var noe vi fant ut at vi ville gjøre. Det kom jo samtidig med etablering av de tverrfaglige møtene for kreftpasienter, det er det som er nøkkelen her. Fordi de tverrfaglige

møtene er jo møter som består av onkolog, kirurg og radiolog, og så tre yrkesgrupper eller faggrupper da, som vurderer de samme kreftpasientene på det samme møtet.” Samme informant forklarer videre at: ”Det høres jo selvsagt ut for alle utenfor, men internt så har det jo vært et stort arbeid for oss, fordi det har jo handlet om samordning av de ressursene for å få de til å møte opp på de samme møtene og se på de samme pasientene og ikke minst være forberedt.” Dette understrekes av en annen informant: ”Så det er liksom det tverrfaglige møtet som er selve navet i beslutningene.”

Noen informanter har også forslag til hvordan man burde organisere den kirurgiske virksomheten i sykehuset for å få til optimale pasientforløp. En informant foreslår dette: *”Rent personlig så tror jeg at vi har en veldig gammeldags måte å organisere oss på. Jeg tror vi tenker altfor mye på spesialitet. Og vi bruker det som et hovedargument for å organisere. Jeg tror at spesialisthelsetjenesten burde organisere seg på en helt annen måte. Man burde organisere seg i forhold til pasientforløp, hvor øyeblikkelig hjelp er en måte, altså de har sitt veldefinerte forløp, og så har du kreftforløpene, ... altså nå snakker vi for kirurgi, da. Det er klart at medisin vil jo måtte tenke annerledes innenfor det området. Men at man som en hovedregel sier at de som skal utføre en oppgave, altså ha et ansvar for et pasientforløp, også må eie de ressursene som trengs for å løse oppgaven.”* Samme informant mener videre at: *Det mest dynamiske hadde vært at vi som har et ansvar for pasientforløpet eier ressursene hele veien tvers i gjennom systemet, for da kan vi mye lettere justere opp og ned.”*

Det framgår tydelig fra mange av informantene at det er en utfordring at ansvaret for et pasientforløp er delt på flere aktører, og at dette vanskeliggjør en smidig og rask gjennomføring av utredning og behandling. Dette samsvarer med funnene i Helsetilsynet rapport (2010) der det framgår at det er for mange aktører involvert og at det er for dårlig flyt i behandlingsforløpet mellom aktørene. Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2009) peker blant annet på problemet med ansvarsapulverisering, det vil si at det er mange ulike aktører involvert i prosesser på lavere nivå i organisasjonen, og det er problemer med å plassere ansvar.

Dette med å eie og disponere de relevante ressursene i et pasientforløp understrekes av flere informanter. Dersom dette ikke lar seg gjøre, mener flere informanter det er viktig at det er et godt samarbeid mellom ledere for de ulike klinikkene når det gjelder planlegging av budsjetter og aktivitet, slik at de ulike fagområdene følger hverandre. Som en informant uttrykker det: *”Men ideelt sett så hadde det vært en fordel om vi hadde hatt for eksempel*

radiologien i egen avdeling, eller egen struktur, slik at vi kunne bestemme over det selv. Ja, så ligger det i en annen klinikk, og det må vi jo på en måte forholde oss til. Men det er veldig viktig når man budsjetterer i sykehus for eksempel, at det går hånd i hånd, at radiologien følger den kliniske virksomhet, slik at man planlegger sammen. Så hvis det er slik at kreftbehandlingen skal økes med 5 prosent for eksempel., så må radiologien følge med. Da nytter det ikke at de reduserer, det må være en sammenheng her.”

Det å ha kontroll over nødvendige virkemidler for å oppfylle funksjonen for en bestemt pasientkategori eller en bestemt ble omtalt som et prinsipp for organisering i sykehus i en NOU om ledelse og organisering i sykehus (NOU 1997:2, Pasienten først!). Utvalget mente at det i de fleste sykehusene burde vurderes nærmere hvordan man kan bedre pasientflyt og kontinuitet gjennom større grad av integrering av de ulike funksjonene. Jeg går ikke inn i en vurdering av i hvilken grad disse anbefalingene har blitt gjennomført i sykehusene, men konstaterer at mine informanter, 15 år etter at disse anbefalingene ble gitt, fortsatt etterlyser mulighet for å ha kontroll over nødvendige virkemidler i pasientforløpet.

Det blir imidlertid påpekt av flere informanter at samarbeidet mellom radiologisk avdeling og kirurgisk avdeling ikke er noe stort problem i det daglige, fordi de som regel klarer å etablere en forståelse og en personkjemi som gjør at man finner samarbeidsløsninger. Samtidig mener en informant at de gangene dette ikke skjer: *”... da trenger du jo en ledelse og en linje som kan komme og si at vi gjør sånn. Jeg vil du skal. Og den muligheten har vi ikke per i dag.”* Samme informant forklarer videre: *”Nå høres det ut som jeg har dårlig erfaring med røntgenleger, men det har jeg ikke. Men hvis vi bare bruker røntgen som et eksempel, så er de organisert i en annen klinikk. Og det vil jo da si at hvis jeg er veldig misfornøyd med hvordan en del av røntgen fungerer, så må jeg ta det opp med min klinikkssjef, som så må gå til klinikkleder for røntgen, og så skal det da sildre nedover i organisasjonen og finne sin løsning. Og det er et altfor rigid system, ikke sant, altså, det fungerer jo ikke.”*

Samme informant peker også på at det blant annet er et ressurs spørsmål hvor mye ledig kapasitet du til en hver tid kan ta deg råd til å ha: *”Og det her har jo med hvor store ressurser tar du deg råd til å ha tilgjengelig. Det er klart det at hvis du skal kunne ta pasienter på røde rappen, så betyr jo det at du til en hver tid har ledig kapasitet, og det er jo et kostnadsspørsmål i et hjørne, og så er et holdningsspørsmål i et annet hjørne.”*

En annen informant beskriver utfordringen knyttet til å utnytte all kapasitet: *”Og så er det et viktig moment, at hvis du skal til MR eller en annen undersøkelse som er billeddiagnostisk, om du gjør den samme dag eller om du gjør den en annen dag, skulle tro det betyr akkurat like mye arbeid, det organisatoriske må ordnes. ..og da er samme problemet at det må være ledige timer den aktuelle dag og de må bli brukt de aller fleste, slik at man ikke mister aktivitetstall. For det er det alle er redd for.”*

En informant fortalte at han hadde regnet ut hvor mye penger sykehuset taper på at de ikke får radiologiske undersøkelser i tide. Konklusjonen var at hadde de fått mer ressurser, radiologressurser primært, så ville sykehuset ha spart penger. Informanten sier det slik: *” Vi kan finansiere virksomhet innenfor røntgen uten at det koster sykehuset noen ting, fordi vi bruker for mye penger i klinikken på de lange ventetidene. Så dette har en økonomisk side, og det er noe lederne oppe i systemet som oftest forstår bedre, det om man omsetter noe.”*

Samme informant forteller om et prosjekt som snart skal starte opp med radiologisk personell som er øremerket onkologien: *”Så skal vi gjøre et prosjekt i sykehuset, to radiologer og to radiografer øremerket til onkologisk radiologi som vi (onkologisk avdeling) betaler for. Det organiseres der, men en forutsetning fra min side er at de er skjermet for annen virksomhet i sykehuset. Så får vi se hvordan det fungerer.”*

Informantene ble også spurt om de mener diagnosesentra, slik de har etablert i Danmark, også kan være en modell for Norge. Her er det delte meninger blant informantene. Noen mener det kan være en god idé, mens andre mener dette ikke passer i Norge, blant annet på grunn av geografien, med lange avstander til sykehus blant annet. En informant viser til at vi allerede har flere typer diagnostiske sentre i Norge, blant annet billeddiagnostisk senter, men at problemet her er at det ikke er en felles ledelse: *”Ja, patologene er på patologi, røntgenlegene er på røntgen, kirurgene er hos meg, og det er sånn over alt, det. Sånn at det må jo være bedre at du heller samler fagpersonene, og det er jo bare litt omorganisering som skal til for å få til sånne senter, en trenger ikke noen flere ressurser til det.”*

Flere informanter mener at utfordringer ikke nødvendigvis ligger i det å stille en kreftdiagnose, men å beslutte den riktige behandlingen, noe som kan være en ganske kompleks prosess. Som en informant sier det: *”Det er ikke bare å si at: Her ser vi en svulst, vi tar en biopsi og vi får et raskt svar og ser at dette er kreft. Da kommer hele utredningsalgoritmen. Og er det spredning, skal man gjøre spesialundersøkelser, du må gjøre*

en MR av lymfeknuter i området, du må gjøre CT av lever, du kjøre CT av lungene, du må gjøre en hjerteundersøkelse, så det er mange ting som må gjøres.”

En informant viser til at det på medisinsk avdeling på sykehuset er etablert et strukturert utredningsforløp der pasienten i løpet en uke har vært gjennom et poliklinisk utredningsprogram med for eksempel bronkoskopi, CT og biopsi i et forløp, og at det bør bli flere av den type programmer. Samme informant sier videre at: *”... Ut fra et bestemt funn, det kan være blod i avføring for eksempel, eller en flekk på lungen, der en sånn type normerte forløpstider kan bli en stimulans til å få litt system på utredningen, altså at når du først setter i gang en utredning så kjører du et plan lagt løp, og da vil jeg se at ofte kommer en til målet ganske kjapt.”*

Betydningen av egne pasientforløp for spesifikke kreftformer blir understreket av flere informanter. En informant viser til egne prosjekter på sitt sykehus: *”.. spesielt nå skal vi ha en prosess med å få på plass to pasientforløp, det ene er lungekreft, det andre er prostatakreft. ... Lungekreft mener vi har vært et hovedproblem, for det er alt for lang utredningstid, det gjelder spesielt de lungemedisinske enhetene ... , hvor det går veldig lang tid før man har fått stilt kreftdiagnose.”*

En informant viser til at hans sykehus tidligere hadde vært organisert med klinikker på tvers av flere sykehus, men at de etter noen år hadde sett seg nødt til å endre på dette, da samarbeidet mellom sykehusene ikke ble som forventet: *” Så prøvde vi noen år med den divisjonaliseringen på tvers som vi fant ut hadde noen fordeler, men hadde veldig mye ulemper, spesielt dette her med å få sykehusene til å drifte sammen lokalt. Så jeg tror nok at organisering betyr ganske mye for på sikt å klare å ha gode logistikk innad... Vi jobba bra innad i hver divisjon, men vi jobba veldig dårlig på tvers, ... og da gikk vi tilbake til lokal divisjonsdirektør.”*

Samme informant hevder at i den perioden da radiologi og laboratorietjenester var i en egen klinikk i helseforetaket, kunne de ta bort ressurser for å spare penger, noe som gjorde det vanskelig å drifte de kliniske avdelingene. Han mener derfor det er bedre å ha radiologisk avdeling og kliniske avdelinger under samme ledelse: *” Det er spesielt viktig når vi har nedgangstider og må spare penger, for da ser vi at vi kan spare på veldig feil områder hvis vi har ulike divisjonsdirektører. Røntgen sparer på sitt og de tenker at det er lurt for oss, men det er slett ikke lurt for klinikken.”* Samme informant sier videre at: *”Vi så på slutten da vi*

begynte å få mye sparetiltak, røntgen ønsket jo å gjøre mer og mer poliklinisk, for de tjente på egen poliklinikk, mens de innlagte pasientene tjener de ikke noen ting på, for da har de sin faste ramme. Så, for å overleve, vil de gjøre poliklinikk, mens de fleste av våre syke pasienter ofte er innlagt, og det er viktig å få de gjennom så fort som mulig. Så vi begynner å tenke økonomi, og det er slett ikke pasientene alltid tjent med. Så organiseringen er nok viktig.”

Som det fremgår av noen av sitatene, ønsker flere informanter at de hadde råderett over ressursene også til radiologi. Samtidig har de fleste liten tro på at dette kan la seg gjøre. En informant uttrykker dette slik: *”Jeg har liten tro på at man innenfor vårt sykehus vil legge ut radiologien og at kreftradiologi skal organiseres under kreftavdelingen. Det har jeg liten tro på. Jeg tror det er så sterke krefter som skal holde dette som en enhet sentralt.”*

Flere informanter har meninger om hva som vil være en god organisering for å oppnå optimale pasientforløp. Mange etterlyser en sterkere ledelse som er tydelig på hva som er organisasjonens mål: *”Det som jeg tror er viktig, er at det finnes en ledelse som kan sette opp mål for hvordan en skal utvikle tjenestene. Men jeg har ikke tro på matriser, jeg tror det må være linjestyring. Jeg har mest tro på det i forhold til det her med så store implikasjoner. Så hvis vi ikke har en tydelig linjestrukturering, med myndighet i linjen, så blir det veldig fort kaos.”* Samme informant mener også at tversgående teambygging kan foregå innenfor en linjestruktur: *”Hvis du ikke har noen kontroll over ressursene, så blir du stående der. ..., styringen er jo i linjen.”*

På spørsmål om sykehusene har pasientkoordinator, eller om de tenker at en slik stilling kunne være nyttig i planlegging og gjennomføring av pasientforløp, svarer de fleste informantene at de ikke har denne type personell, men at de mener det kan være nyttig. De informantene som har pasientkoordinatorer i sin virksomhet, understreker at dette ikke er leger, men at det er både merkantilt personell, sykepleiere og hjelpepleiere, og at det handler mindre om faggruppe, men mest om personlig egnethet, det å være interessert i og skjønne seg på logistikk.

En informant opplever at det er for tungvint å bestille ulike undersøkelser slik det er organisert i dag: *”Dette burde jo i en sånn moderne dataverden vært sånn at på poliklinikken for eksempel for CT- timer, MR- timer osv. burde det vært mulig for oss å avtale eller gått inn og bestilt allerede når vi vurderer pasienten. ... Ofte er sånn at jeg med stor sannsynlighet kan sin at: Dette er en pasient som må opereres. Han må ha CT, thorax, abdomen på forhånd.*

Og når han kommer til meg da, så kunne jeg allerede ha bestilt den CT'en som han skal gjøre da ½ time etterpå. Det er klart at det er mulig."

Samme informant påpeker det han mener er et tungvint system for henvisning av pasienter til operasjon: *"Likeledes når det gjelder pasienter henvist til operasjon, så henviser vi på gammeldags måte ved at det skrives et skjema som er spesifikt til kirurgi, og det er klart at hvis vi hadde operasjonsprogrammet åpent, slik at vi legger han inn på ledige timer samme dag. ... Hvis Steve Jobs hadde vært interessert i dette, så ville han lagd et opplegg som var helt supert."*

En informant viser til Danmark, og at de der har hatt en kreftplan med medfølgende øremerkede midler, blant annet til pasientkoordinatorer, og at det er nødvendig med en egen finansiering av slike stillinger i Norge også, dersom man skal få slike stillinger inn i sykehusene: *"Hadde vi fått koordinatorer, pasientkoordinatorer, som var pasientens kontakt i sykehuset, pasientens vei inn i sykehuset, som kunne disponere ressurser i sykehuset: røntgen, operasjonsstuer, operasjonskapasitet, stråleterapi osv., kunne man fått til gode pasientforløp, men de koordinatorene de har vi ikke på plass. Og slik det fungerer i Århus for eksempel, som jeg kjenner litt til, så er da sånn at hvis ikke da koordinatoren har brukt kapasiteten innen kl. 12 eller noe sånn dagen før, så er det andre som får bruke det. Da har man en mekanisme i forhold til det."*

En informant mener økonomiske incentiver ville få forrang på det tverrfaglige samarbeidet: *"Det tror jeg man kunne gjort bedre enn i dag på våre sykehus, hvis de hadde hatt fokus på det..., og noe av det er at vi har økonomiske incentiver til ikke å gjøre det. Vi må stimuleres til å gjøre det. Det må skje ved å ta fra oss penger. Tverrfaglig takst hadde vært veldig bra ... Da hadde du fokusert mye mer på at her må vi gjøre mer, og vi taper i alle fall ikke penger på det. Behandlerne har blitt alt for opphengt i penger. Men samtidig så ser vi at hvis vi ikke er det, så tar vi jo bort tjenester. Så vi er nødt til å tenke penger. "*

I tillegg til radiologien, viser de fleste informantene til at også patologien er en flaskehals i systemet. En informant illustrerer dette slik: *"Det er et viktig satsingsområde, faktisk. Vi kommer ikke videre, vi, før vi har fått resultat fra patologen."*

En informant mener at det er for lite fokus på onkologien og den onkologiske kompetansen, og mener denne blir viktigere og viktigere ved at stadig mer cellegiftbehandling

desentraliseres: ”... at det er ikke nok å flytte behandlingen ut, men en må flytte kompetanse, onkologisk kompetanse. ..og dette med de kreftutredningene som har skjedd nå, på kreftområdet, er det snakk om kirurgi, kirurgi, kirurgi. Mens onkologi er forbigått i aldri så lite stillhet.” Samme informant sier videre: ”Ja, det høres veldig fint ut, vi skal sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan. Men det som det handler om, er at når jeg som pasient skal ha behandling, så vil jeg ha kompetanse til stede.”

Samme informant peker også på at det er forskjellige holdninger i sykehuset til inneliggende og polikliniske pasienter når det gjelder tilgang til radiologiske undersøkelser: ”Videre har det blitt en sånn uvane i sykehus at det bare er inneliggende pasienter som får CT på dagen, eller neste dag. Mens hvis det er poliklinisk, som blir satt på en liste, og da går det uker – en, to, tre, fire uker, for en undersøkelse som like gjerne kunne vært tatt i morgen. ..det er en sånn type uvane, tilvent tankegang, om at poliklinisk undersøkelse det haster ikke.”

Jeg tolker tendensene i funnene dit hen at informantene mener at måten virksomheten er organisert på er viktig, om ikke avgjørende for et optimalt pasientforløp. Noen informanter har vist til at deres sykehus/ helseforetak har kommet fram til en god organisering ved at man har en felles leder for både de kliniske avdelinger og radiologisk avdeling. Andre sykehus/helseforetak har ikke gjort disse organisatoriske grepene og etterlyser en organisering som gjør at de kliniske og radiologiske ressursene kan sees mer under ett, enten ved at de er organisert under samme leder, eller at deler av radiologien er øremerket for kreftpasienter. Mange informanter understreker behovet for å ha råderett over de nødvendige ressurser i et pasientforløp. Det å etablere egne strukturerte utredningsforløp blir også trukket fram som en god løsning. De fleste informantene mener det vil være nyttig å ha pasientkoordinatorer i sykehusene, men ikke alle ser at de har ressurser å avsette til slike stillinger og etterlyser øremerkede midler til dette. Disse funnene samsvarer med hovedanbefalingen i den nederlandske tilsynsrapporten om kreftbehandling i Nederland om at det bør være en person innen behandlingskjeden som opprettholder en samlet oversikt over behandlingsforløpet, og som har tilstrekkelig autoritet til å foreta tilpasninger i behandlingsprosessen når det er nødvendig (Statens helsetilsyn, 2010). Statens helsetilsyn peker på at funnene i den norske risikoanalysen med blant annet svikt i utredningslogistikk, informasjonsutveksling og kontinuitet er helt sammenfallende med de nederlandske påpekningene (Statens helsetilsyn, 2010, s.17).

5.4.3 Om informasjon og samarbeid

På spørsmålet om hvilke utfordringer informantene ser i forbindelse med gjennomføring av forløpstider for kreft, kommer det fram fra de fleste informantene at det er helt vesentlig med et godt samarbeid mellom de ulike avdelingene, kliniske avdelinger og radiologi i særdeleshet. En informant sier dette helt klart: ”... *det er egentlig at vi trenger mer samhandling med klinikken da, sånn at alle overgangene går smidig, og at det er dialog i forhold til hva som forventes av oss.*”

Samme informant understreker betydningen av god samhandling mellom radiologisk avdeling og kliniske avdelinger også fordi det har betydning for hvordan radiologisk avdeling kan planlegge sin virksomhet: ”*Særlig fordi medisinen utvikler seg, og det som var standard i fjor er kanskje noe annet i år. Praksisen endrer seg, og det er ofte sånn at det kommer litt brått på. ... at for eksempel praksisen innenfor en cancerbehandling som vi før kontrollerte hvert halvår, plutselig skal hver tredje måned på CT, det får kjempestor betydning for oss. ... sånn oppdager vi tilfeldig, og vi rekker aldri å områ oss i forhold til det.*”

Flere informanter mener radiologisk avdeling i alt for liten grad er med som en del av pasientforløpet, fordi de blir sett på som en serviceavdeling som bare yter service til de kliniske avdelingene. Som en informant sier det: ”*..de er jo i altfor liten grad med som en del av hele forløpet, det tror jeg er et stort problem. Pasientene blir henvist dit, og så får vi en service, derifra, og så er de ferdig med pasienten.*”

Dette illustreres av samme informant ytterligere: ”*Og man ser jo ser jo veldig tydelig på det at vi skal utrede en pasient som blir henvist hit, og så kommer det svar gjerne da, at her har vi gjort ultralyd, men vi synes det er en for dårlig metode, her burde det vært gjort CT. Og så må jeg henvise på nytt. De tar jo ikke ballen, ikke sant. Og det understreker jo akkurat det at de er ikke med i behandlingskjeden. For de burde jo sagt at nei dette gjør vi ikke, men vi må gjøre noe annet. Det burde de gjort automatisk.*”

Enkelte informanter fremhever dette med behovet for å kunne omdisponere ressurser på en smidig og rask måte, men at det finnes mange flaskehalser i systemet som gjør at dette blir vanskelig, og at dette også har med organisering å gjøre. En informant beskriver sin situasjon slik: ”*..men man har jo nå lagt opp til en struktur hvor man i hvert fall vet at det finnes en del ganske vonde flaskehalser, og man vet også at det kommer til å ta noen år å løse de, sånn at man har allerede manøvrert seg inn i et hjørne hvor man i noen år fremover må ha en nokså*

slitsom og vond drift i en del sammenhenger. ”Samme informant forklarer videre: ”Du har nok senger og du har nok operasjonsstuer, så tror du kanskje det går, men så mangler du da oppvåkningsplasser, PO(postoperativ)- plasser, og sånn er det hele tida, ikke sant, at man har ikke hatt evnen til å snu seg i hele kjeden, og det vender tilbake til det vi snakka om når det gjelder de kreftforløpene. ... Jeg som fagansvarlig eier en sengepost, jeg eier en legetjeneste og jeg eier ei operasjonsstue. Jeg eier altså ikke oppvåkningsplassene og jeg eier ikke røntgen. Så det hjelper ikke om jeg skalerer opp og sier at sånn og sånn flytter vi ressurser, sånn gjør vi og da skal det gå bra. Fordi hvis ikke røntgen og postoperativ/intensiv gjør det samme, så er jeg malt inn i ett hjørne.”

Det kommer tydelig fram fra flere informanter at måten sykehuset er organisert på har stor betydning for om man får til raske og smidige pasientforløp eller ikke, og der kreftpasienter må konkurrere med andre pasientgrupper som kanskje ikke det haster så mye å få operert. En informant beskriver det på denne måten: *”... så jobber vi parallelt med en urologisk avdeling som definitivt hjelper pasienter som har et behov for behandling på samme nivå som de som har brokk for eksempel. Men vi har ingen mulighet til å si at når vi har lang venteliste for å operere levere, så skal vi ha deres operasjonsstuer, fordi jeg ikke eier de ressursene. De eier urologene. Så det betyr at vi kan ha fire og fem ukers ventetid på å få operert kreft i lever, mens pasienter som har et trangt urinrør, får hjelp samme dag. Og det oppleves jo sett fra mitt ståsted som helt urimelig, men jeg kan ikke gjøre noe med det, annet enn å bli veldig uvenner med urologene. Og det har igjen med hvordan vi er organisert.”*

Flere informanter etterlyser en tydeligere ledelse for å få til en god styring av ressursene på tvers av fagområder og støttefunksjoner, som radiologi og patologi for eksempel. En informant mener at: *”Alle som jobber i helsevesenet ser at det er viktig å være ansvarlig, skjønner at det er lurt at kreftpasienter behandles rask. Vi trenger ikke svære grupper for å formulere dette..., men vi trenger en operativ ledelse av de store enhetene. På et sykehus må det være noen som bestemmer, som fra dag til dag kan styre ressurser, som sier at nå sliter vi på røntgensida, bruk penger på å drifte røntgen på kveldstid.”*

En annen informant sier det slik: *”Nå skal vi ha korte svartider, nå skal vi ha ut det her. Alle bestemmer forskjellige ting, men ingen ser sammenhengen, ingen tar ansvaret for helheten på en måte. Jeg tror det er der du ser hele problematikken. Alle har et godt formål med det de skal gjøre, men ingen skjønner dette.”*

Samme informant peker også på at det er gratis å bestille prøver og undersøkelser, og at dette kan føre til et overforbruk: *”Det er klart at det er veldig bra at du har kollegaer som er kjempeambisiøse, men det går ut over noe til slutt. ... Det er liksom gratis for alle våre kollegaer å bestille alle spesialanalyser og så og si gi laben kjempestore oppgaver... Den forståelse av at vi har en begrenset ressurs som vi må forvalte på riktig måte, det er man jo ikke vant til, det har man aldri gjort.”*

De fleste informantene etterlyser bedre samhandling mellom avdelinger internt i sykehuset, og mener at det er organisatoriske hindre for å få dette til på en god måte. Flere informanter mener dette skyldes manglende helhetstenkning, og at organisering av virksomheten er for fragmentert. Disse funnene understøttes av Helsetilsynets rapport (2010, s. 10) der det ble funnet svikt i kontinuitet i behandlingen, for mange aktører involvert og for dårlig flyt i behandlingsforløpet mellom aktørene.

5.5 Ulike mål – økonomi eller helsetjenester?

Mål skal bidra til å påvirke hvordan formelle organisasjoner struktureres eller organiseres, og gi rammer og retningslinje for aktiviteter i organisasjonen (Christiansen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009). Det er grunn til å tro at ledere kan ha andre mål enn klinikere som jobber nær pasientene, og at ledere vil vektlegge det å holde aktiviteten oppe, samtidig som det er viktig å holde seg innenfor budsjetttrammene. Samtidig er det nærliggende å anta at klinikere som jobber direkte med pasientbehandling vil vektlegge andre verdier høyere enn å holde budsjettene, som for eksempel å gi kvalitativ god behandling. Disse målene kan i noen tilfeller kunne komme i konflikt med hverandre, og klinikerne vil kunne mene at stramme budsjetttrammer kan gå ut over behandlingskvaliteten, for eksempel. Dette understøttes av teori der det framgår at uformelle mål som utvikles over tid i en organisasjon og bidrar til å fremme kulturelle trekk i organisasjonen, ikke alltid virker sammen med formell mål utgått fra lederskap, men kan tvert i mot bidra til å øke spenninger og undergrave de formelle målene (Christiansen, Lægreid, Roness og Røvik, 2009).

Ulike syn på målsetting kommer til syne fra flere informanter, som etterlyser en bedre oppfølging fra det regionale helseforetaket, særlig når det gjelder kvalitet på de tjenestene de leverer. En informant hevder at: *”Det er bare at Helse Sør-Øst de kommer jo med sånne*

pålegg som de overhodet ikke følger opp, slik at det er en lang tradisjon for alle sykehus å bare gi blaffen i dette, hvis vi vil operere likevel, ... skal man løses dette og si at her skal dere ikke gjøre det og det, så må refusjon bort for den type inngrep.” Samme informant etterlyser oppfølging fra det regionale helseforetaket og at helseforetaket bare er opptatt av volum og økonomi: ”De er ikke med på å hjelpe meg i det hele tatt, i veldig liten grad, i alle fall. De bare sier sånn burde det vært, og sånn burde det vært, men de er ikke på banen for å si noe, de hjelper oss ikke videre, ... Og så stiller man jo absolutt ingen krav om kvalitet, da. Har jeg noen gang blitt spurt om hvordan det er med operasjonsresultatene på de og de pasientene? Nei, du blir spurt om hvor mange opererte du. Opererte du så mange som du skulle, opererte du i forhold til plantall, og så videre. Man er opptatt veldig av volum og økonomi, og kvalitet kan du klare å leve med i årevis uten at noen spør om det”.

Selv om informantene ikke direkte ble spurt om de synes sykehusene er blitt for byråkratiske, var det flere informanter som mente dette og at alle krav om rapportering hindrer dem i å drive med sin kjernevirksomhet, pasientbehandling. En informant hevder at: ”.. her er det overskudd på byråkrati, og det gjør oss litt handlingslamme. For det skal så mange grupper inn hver eneste gang noe skal avgjøres. Det er også en hemsko for å innføre de anmodede krav som kom i fjor, at det er veldig mange som kan si: Nei, dette går ikke for oss.”

En annen informant uttrykker det slik: ”Administrativt nedfall, det er sånt som hindrer oss i å gjøre kjernevirksomheten. .. og alle de tingene har nok i seg et godt formål: Du skal ha bedre kontroller, de ansatte de skal få riktig lønn osv. Alt går ned til kjernevirksomheten, det er de som likevel må gjøre jobben likevel. ..Og dette skjer enda mer når vi får en fusjon i tillegg. Fusjonen får veldig sterke HR -avdelinger, og de må vise at de er flinke.., men hvem skal følge opp ting? Det er jo kjernevirksomheten. Og så vokser oppgavene...”

Andre informanter mener at sykehusene ikke er blitt mer byråkratiske. Som vist til i kapittel 3.5 om organisasjonsstruktur, går det fram fra en studie at det i perioden 2007 til 2009 har vært en økende grad av desentralisering av lederansvar i helseforetakene. Spesielt finner studien at ansvar for oppgaver knyttet til ansettelse, koordinering av pasienter, vaktplaner og innkjøp flyttes til seksjonsledelsen (Kjekshus og Bernstrøm, 2010). Det er et spørsmål om desentraliseringen av visse oppgaver har medført økt byråkrati i sykehusene, ved at mange oppgaver er delegert til seksjonsnivå. Jeg har ikke holdepunkter for å konkludere på dette spørsmålet i min oppgave, da jeg ikke spesifikt har spurt om dette. Informasjonen jeg har fått fra mine informanter om dette temaet, har kommet som kommentarer til flere av spørsmålene

jeg har stilt. Stigen (Opedal og Stigen, 2005, s. 45) har stilt spørsmålet om sykehusreformen har bidratt til økt byråkrati. Begrepet byråkrati er ikke spesifisert, men brukes noen ganger i betydningen antall ansatte, i andre tilfeller om omfang av regler, rutiner, standardisering, krav til rapportering osv. Lederne i helseforetakene i Norge ble spurt om hvordan de vurderte spørsmålet om det er blitt mer byråkrati. 55 % svarte at de var nokså eller svært enige i dette, 20 % svarte at det var blitt mer ressurser til tjenesteyting og mindre til administrasjon, mens 73 % svarte at det er for mye fokus på effektivitet og kostnadshensyn. På spørsmål om helseforetaksreformen har bidratt til å omfordele ressurser fra administrasjon til tjenesteyting, var det tvil blant lederne i helseforetakene om dette var tilfellet. Det var også en utbredt oppfatning at det ble fokusert mer på økonomi, effektivitet og kostnadshensyn enn på tjenesteyting (Opedal og Stigen 2005). Det er noen år siden denne spørreundersøkelsen ble foretatt, og meningene om dette temaet kan selvsagt ha endret seg.

Enkelte informanter har kommentert den funksjonsfordelingen som er foretatt innen kirurgi i det regionale helseforetaket. De mener at det ikke er tilstrekkelig kontroll med at den vedtatte funksjonsfordelingen faktisk følges opp og at sykehusene mer eller mindre gjør som de vil.

En informant sier: *"I dag så er det jo sånn at man bestemte seg for hvordan det skulle gjøres med cancerkirurgi i urologien. Så har dette her bare kokt bort til ingenting, fordi sykehusene rundt om gjør som før, og ingen kontrollerer og sier noe om det. Jeg tror ikke at Helse Sør-Øst vet det engang. Jeg tror de har bestemt noe som de nå tror fungerer. De har ikke noe kontrollopplegg rundt det."* Denne informanten etterlyser tiltak for å få til dette:

"Refusjonskode det og det og det får ikke du bruke, for du gjør ikke disse inngrepene. Da ville det bli slutt, og dette vil i alle fall føre til at hvis vi kunne spisse oss på noe, så kunne vi bli mye raskere og flinkere til det i alle fall."

Jeg sitter igjen med et inntrykk av at flere informanter er bekymret for det de mener er et økt byråkrati i sykehusene, og at dette går ut over kjernevirksomheten. Mitt inntrykk er også at flere ønsker seg en bedre oppfølging og støtte av det regionale helseforetaket i gjennomføringen av forløpstider enn det som har vært tilfelle til nå.

5.6 Metodiske betraktninger og begrensninger

Min undersøkelse er basert på en kvalitativ tilnærming til temaet. Metoden er valgt for å komme i dybden på det temaet jeg ønsket å undersøke, og for å avdekke eventuelle sammenhenger og variasjoner i funnene. I en kvalitativ undersøkelse mister jeg det representativitetsaspektet, som jeg ville kunne fått dersom jeg hadde benyttet meg av et representativt utvalg fra mange enheter. Et strategisk utvalg kan likevel brukes til å utvikle beskrivelser som forteller om kjennetegn og mening, og som i kraft av dette har relevans for sammenhenger ut over den konteksten der studien ble gjennomført (Malterud, 2011). I følge Malterud øker ikke overførbarheten proporsjonalt med antall enheter eller individer i materialet. Tvert i mot, mener Malterud, kan et stort antall informanter føre til at materialet blir uoversiktlig og analysen overfladisk.

Min undersøkelse bygger på materiale fra ti informanter. Jeg opplevde etter hvert som intervjuene ble gjennomført, at det ikke kom fram så mye ny informasjon. Metning er ofte brukt som kriterium for å avgrense et utvalg, og metningspunktet er nådd når man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap (Malterud, 2011, s. 60). Det kan imidlertid være flere årsaker til at jeg ikke fikk ny informasjon etter hvert som jeg intervjuet flere. Min intervjueteknikk kan ha vært for dårlig, eller jeg kan ha hatt et uskarpt fokus. Det kan også være at jeg ikke har hatt tilstrekkelig detaljkunnskap om feltet, og slik har mistet verdifull informasjon som har ligget skjult i den informasjonen jeg har mottatt (Malterud, 2011).

Jeg har valgt å søke å få svar på mine spørsmål ved å gjøre en kvalitativ undersøkelse ved fem helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. For å få et bredere tilfang av informasjon, kunne jeg valgt å foreta en undersøkelse i alle fire helseregioner. Jeg ville da hatt muligheten til å kunne sammenligne funn fra de fire regionale helseforetakene og undersøkt om det var forskjeller mellom dem. I og med at jeg har et begrenset geografisk utvalg av informanter i min studie, er det sannsynlig at en del av de problemstillinger jeg finner er mest typiske for avdelingsledere ved de fem helseforetak i Helse Sør-Øst RHF som er med i undersøkelsen. I beste fall vil jeg kunne antyde mulige tendenser som må undersøkes nærmere med mer representative studier. På den annen side sammenfaller mange av mine funn med hovedtendensene i de funnene som ble gjort i de to nasjonale konferansene om henholdsvis forløpstider, logistikk og organisering på kreftområdet og forløp for kreftpasienter mellom fastlege og sykehus. Dette var

konferanser der helsepersonell og ledere fra alle de fire regionale helseforetakene deltok. Siden deltakelse i disse to konferansene omfattet såpass mange ledere fra de regionale helseforetakene, vil den kunnskap som kom fram i de to konferansene danne et mer representativt referansegrunnlag som den mindre generaliserbare informasjonen fra dybdeintervjuene kan sammenstilles med.

Flere av mine funn viser også samme tendens som i den tidligere undersøkelsen til det nederlandske helsetilsynet (2009), og den tidligere undersøkelsen til Statens helsetilsyn (2010). Dette styrker det empiriske grunnlaget for hovedtrekkene i min undersøkelse. Samtidig opplever jeg at enkelte av mine funn, som dreier seg om organisering av virksomheten i kreftbehandlingen, er lite direkte berørt i de ovennevnte undersøkelsene. Dette kan skyldes at det mangler empiriske undersøkelser på disse områdene. Funnene er i stor grad i overensstemmelse med min forforståelse og informasjon fra forarbeidet, noe som reiser en annen problemstilling. Er det slik at forfatterens bakgrunn kan ha påvirket informantene ved at jeg oppleves som ledende med hensyn til de spørsmål som stilles? Min forforståelse kan slik sett ha hatt innvirkning på funnene i intervjuene. Nå er mitt inntrykk at dette ikke er tilfelle, men det er en metodisk begrensning her som kan ha bidratt til å farge funnene i intervjuene. Bruken av funn fra de to seminarne som grunnlag for utforming av intervjumalen kan føre til at ”man finner det man leter etter”, og at det slik etableres en form for sirkularitet av spørsmål og funn.

Mine informanter må betraktes som ekspertinformanter, og jeg forventet at de er vant til og evner å framstille sin versjon og forholde seg til vekting av ulike sider av en sak, særlig når det gjelder kontroversielle spørsmål. Det kan tenkes at dette kan ha hatt betydning for svarene på den måten at det har gitt meg begrenset tilgang til informasjon om kontroversielle og avslørende forhold. Jeg vurderer likevel dette som lite sannsynlig at dette har preget funnene, siden de fleste var meget åpenhjertige om kontroversielle og avslørende forhold, inkludert forhold som avslører tydelige mangler i organisering og ledelse av kreftbehandling i eget sykehus/helseforetak. Hvorvidt jeg som forfatter er å betrakte som ekspert på temaet kan diskuteres. På den ene side har jeg mye kunnskap om forløpstider og utfordringer knyttet til gjennomføring av forløpstider fra et overordnet myndighetsperspektiv. Dette har farget min måte å stille spørsmål på som kan påvirke informasjonen fra intervjuene. På den annen side er jeg ikke å betrakte som ekspert, fordi jeg ikke har detaljkunnskaper og erfaring fra klinisk arbeid eller som avdelingsleder, slik mine informanter har. Dette kan føre til at jeg mister

verdifull informasjon og ikke oppfatter alle nyanser i svarene, eller ikke evner å stille spørsmål på en måte som kunne gitt mer detaljert informasjon om utfordringer innenfor organisering og ledelse.

Jeg har intervjuet avdelingsledere, som er ledere på nivå 3, det vil si at de har administrerende direktør og klinikkjef over seg, mens de under seg har seksjonsleder. Jeg valgte å intervju avdelingsledere, fordi de er ledere som samtidig er nær det kliniske arbeidet. Avdelingsledelse er beskrevet som en blanding av mellomledelse og produksjonsledelse, og forholdet bestemmes av avdelingens størrelse. (Haffner, Mürer og Aasland, 2000). Det er sannsynlig at jeg ville fått andre svar dersom jeg hadde intervjuet ledere på andre nivåer.

Jeg forventet gjennom min undersøkelse å finne forhold og faktorer som fremmer, eventuelt hemmer gjennomføring av forløpstider for kreft og om det har skjedd organisatoriske endringer i sykehusene for å få dette til. Til en viss grad har jeg funnet forhold som medvirker til at det er utfordrende å få til smidige og raske pasientforløp. En svakhet ved min undersøkelse er at jeg ikke gikk dypere inn i hva som kan ha vært årsakene til at organisatoriske endringer ikke har skjedd. Årsaker til dette kan være at jeg ikke stilte spørsmålet klart nok og at jeg ikke boret mer i dybden for å finne mulige forklaringsfaktorer. For eksempel kan det være krefter knyttet til profesjoner og maktforhold i sykehus som bidrar til å hindre at endringer skjer. Dette er forhold jeg ikke har belyst i min oppgave, men som kunne ha bidratt til å opplyse problemstillingene i undersøkelsen.

Det er også et spørsmål om mine funn kan generaliseres til andre fagområder. Jeg tror det er sannsynlig at man kan forvente å finne mange av de samme problemstillingene på andre fagområder enn kreft. Jeg begrunner dette med at Statens helsetilsyn i sin risikorapport (2010) mener at risikoanalysen, i tillegg til å gjelde for kreftbehandling, også viser risikofaktorer og risikoområder som gjelder for andre områder av helsetjenesten.

6 Oppsummering og konklusjon

Min undersøkelse viser at de avdelingsledere jeg har intervjuet i varierende grad vært involvert i prosessen med gjennomføring av forløpstider for kreft. Samtidig kommer det fram et tydelig budskap om hva informantene mener vil være en god organisering for å få til smidige og raske pasientforløp. Jeg vil nedenfor oppsummere mine funn ut fra de problemstillinger jeg har stilt innledningsvis. I konklusjonen vil jeg peke på noen implikasjoner som jeg mener denne oppgaven har.

6.1 Har veiledende forløpstider ført til organisatoriske endringer i sykehus?

Hovedproblemstillingen i denne undersøkelsen har gått ut på å finne ut om avdelingsledere i sykehus mener at innføring av forløpstider har hatt betydning for organisering av kreftbehandling i sykehuset. Mye tyder på at det ikke er foretatt organisatoriske endringer i sykehusene siden helsemyndighetenes føringer ble gitt sommeren 2011. Dette kan ha flere årsaker, blant annet at det tidshorisonten har vært for kort til at helseforetakene har rukket å gjøre noe med organiseringen. En annen forklaring kan også være at flere av sykehusene/helseforetakene er midt oppe i utfordrende sammenslåinger og omstillinger, med endret pasientgrunnlag og endret funksjonsfordeling. Dette kan være en medvirkende årsak til at ledelsen i helseforetakene ikke har maktet å gripe fatt i de utfordringer som ligger der med hensyn på pasientforløp, samtidig med de andre utfordringene som skal løses. Det kan også være krefter knyttet til profesjoner og maktforhold i sykehus som bidrar til å hindre at endringer skjer. Dette er forhold jeg ikke har belyst i min oppgave.

6.2 Hvordan opplever avdelingsledere føringene om veiledende forløpstider?

Min undersøkelse har vist at de avdelingsledere jeg har intervjuet i hovedsak framstår som positive til myndighetenes føringer om normerte tidsfrister for utredning og behandling av kreft. Samtidig finner jeg en klar tendens til betydelige organisatoriske og ledelsemessige

utfordringer i sykehusene for å kunne oppfylle myndighetenes krav til smidige og raske pasientforløp. Det etterlyses midler til pasientkoordinatorer som gjør det mulig for sykehusene å gjennomføre forløpstider for kreftpasienter, og klarere signaler fra politikernes om hvilke pasientgrupper som skal prioriteres.

6.3 Hvilke forhold og faktorer mener avdelingsledere hemmer, eventuelt fremmer gjennomføring av forløpstider i sykehusene?

Det framgår av min undersøkelse at det er flere faktorer som hemmer gjennomføring av forløpstider for kreft. Funnene avdekker blant annet en manglende helhetstenkning i måten utredning og behandling er organisert på, og at ansvar ikke oppfattes, eller at det er uklart. Det framgår videre at ledere oppfatter at de måles mye på hvor mange pasienter de behandler, men at de måles for lite på god drift og kvalitet.

Funnene avdekker behov for å se radiologiske og kliniske ressurser under ett, enten ved at de organiseres under samme leder, eller ved at deler av radiologien øremerkes for kreftpasienter. Jeg finner en klar tendens til at ledere må kunne eie og disponere de relevante ressursene i et pasientforløp, dersom de skal kunne oppfylle myndighetenes krav om forløpstider. Dersom dette ikke lar seg gjøre, framgår det behov for et tett samarbeid mellom ledere for de ulike klinikkene i planlegging av budsjetter og aktivitet, slik at de ulike fagområdene følger hverandre. En sterk operativ linjeledelse med mulighet for å styre ressursene framheves som viktig. Å etablere egne pasientforløp for kreftpasienter blir trukket fram som en god løsning for å møte kravet om forløpstider. Ansettelse av pasientkoordinatorer blir også framhevet som en god løsning i planlegging og gjennomføring av pasientforløp.

6.4 Hvordan sikrer avdelingsledere god kontinuitet i utredning og behandling?

De fleste informantene understreker at de multidisiplinære teamene, også kalt tverrfaglige team, er viktige for å få til gode pasientforløp. Her møtes de ulike faggruppene for å diskutere behandlingsopplegget til hver pasient. Det framgår imidlertid av den informasjonen jeg har fått at bruk av tverrfaglige team likevel ikke er tilstrekkelig for å løse samarbeidsutfordringer og at det er behov for mer fleksibel bruk av ressurser mellom de ulike avdelingene.

Hovedbudskapet fra informantene, slik jeg tolker det, er at mye av løsningen vil være å eie og disponere de relevante ressursene i et pasientforløp, og å ha en mulighet til en fleksibel omdisponering av ressurser mellom kliniske avdelinger og radiologi. Mye tyder på at de som har fått til god kontinuitet i utredning og behandling, har en felles ledelse av kliniske avdelinger og bildediagnostisk avdeling.

6.5 Hvordan opplever avdelingsledere sin rolle i prosessen?

Det fremgår av min undersøkelse at avdelingslederne jeg har intervjuet i stor grad mener at en helhetlig behandlingslinje krever et helhetlig lederansvar, og at de ikke har denne muligheten slik organiseringen i sykehuset er i dag.

Når det gjelder opplevelse av egen rolle, går det fram at ledelsesutfordringene i stor grad eksisterer på et høyere nivå enn nivå enn deres eget, og at det er behov for mer støtte høyere opp i ledelsen for å løse utfordringene knyttet til gjennomføring av forløpstider. Jeg finner også en klar tendens til at de ønsker om å kunne utøve en tydeligere og sterkere operativ ledelse som kan styre ressursene på tvers av fagområder og støttefunksjoner, som for eksempel radiologi og patologi. Mye tyder på at dette ikke er tilfelle i dag. Det etterlyses også klarere mål for virksomheten, slik at de ulike aktørene i sykehuset drar i samme retning.

6.6 Konklusjon

Mye tyder på at det ikke er foretatt organisatoriske endringer i sykehusenes kreftbehandling siden helsemyndighetenes føringer om forløpstider for kreft ble gitt sommeren 2011. Min undersøkelse viser en klar tendens til at kreftbehandling i sykehus ikke er organisert på en optimal måte. Signaler fra avdelingsledere jeg har intervjuet er at sykehusene bør organisere kreftbehandling etter pasientforløp og at helhetlige behandlingsforløp krever et helhetlig lederansvar.

Jeg mener denne undersøkelsen viser betydningen av å tenke nytt når det gjelder organisering av kreftbehandling i sykehus, og at det bør vurderes å etablere en organisering som gjør at de kliniske og radiologiske ressursene kan sees samlet. Ut fra informasjon jeg har fått, kan dette løses enten ved at de samlede ressurser er organisert under samme leder, eller at deler av radiologien er øremerket for kreftpasienter. Et viktig signal i denne oppgaven slik jeg oppfatter det, er at en leder bør ha råderett over alle de nødvendige ressurser i et pasientforløp. På den måten kan det foretas justeringer i behandlingsprosessen, og kapasitet og ressurser kan på en smidig måte justeres etter behov.

Jeg mener det er viktig å samle erfaringer med ulike organiseringsformer når det gjelder kreftbehandling i sykehus, for eksempel gjennom pilotprosjekter. Det bør også legges til rette for mer utveksling av erfaringer og kunnskap om organisering av kreftbehandling mellom landets sykehus.

Litteraturliste

Andersen, Svein S., 2006, *Aktiv informantintervjuing*, Norsk statsvitenskapelig tidsskrift vol 22 278-298, Universitetsforlaget, Oslo.

Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G., Røvik, K., 2009, *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, 2. utg., Universitetsforlaget, Oslo.

Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brian, M.A., Wolf, F., Davis, D., Odgaard-Jensen, J., Oxman, A.D., 2009, *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*, Cochrane Database of Systematic Reviews; issue 2, No CD003030

FOR-2000-12-01-2008, sist endret FOR-2011-12-16-1396: *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)*.

Francke, A.L., Smit, M.C., de Veer, Anke J.E., Mistiaen, P., 2008, *Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review*, BMJ Medical Informatics and Decision Making 2008, 8 :38

Fretheim, Atle, 2011, *Hvordan oppnå endring? Implementering av kunnskapsbasert praksis*, Kunnskapssenteret, TIPS-seminar 11. januar 2011.

Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C.R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M.P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R., and Donaldson, C., 2004, *Effectiveness and efficiency of guidelines dissemination and implementation strategies*, Health Technology Assessment 2004; Vol 8: nummer 6.

Grol, R., 1997, *Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice*, BMJ 1997;315 (7105):418-421

Haffner, J., Mürer, F.A., Aasland, O.G., 2000, "Avdelingsoverlegen – leder eller lege?" Tidsskrift for Den norske legeforening 2000; 120:3002-4, tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/194495>

Helsedirektoratet, (09.12.2011), *Forløpstider inn i nasjonale retningslinjer for kreft*, [online], tilgjengelig fra <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/forlopstider-inn-i-nasjonale-retningslinjer-for-kreft.aspx>

Helsedirektoratet, (20.03.2010) *Hvordan skal god kreftbehandling bli enda bedre?*, tilgjengelig fra <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/hvordan-skal-god-kreftbehandling-bli-enda-bedre.aspx>

Helsedirektoratet, *Oppstart av kreftbehandling*, (2011), tilgjengelig fra <http://helsenorge.no/Rettigheter/Sider/Oppstart-av-kreftbehandling.aspx>

Helsedirektoratet, 2002, *Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer* (IK-2653), revidert utgave 2002, tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-retningslinjer/Publikasjoner/Retningslinjer-for-retningslinjer.pdf>

Helsedirektoratet, 2009, Veileder IS-1627, *Prioriteringsveileder – Onkologi*, tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-onkologi/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet, *Oppdragsdokument 2010 Helse Sør-Øst RHF*, tilgjengelig fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/Oppdragsdokument_2010/Oppdragsdokument%20Helse%20Sor%20-%20ost.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet, *Oppdragsdokument 2011 Helse Sør-Øst RHF*, tilgjengelig fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/oppdragsdok_2011/HelseSorost.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet, (01.07.2011), *Oppdragsdokument 2011. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 120 S (2010-2011)*.

Helse- og omsorgsdepartementet, *Oppdragsdokument 2012 Helse Sør-Øst RHF*, tilgjengelig fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/oppdragsdokument_2012/oppdragsdokument_2012_helse_sor-ost_rhf.pdf

Helse Sør-Øst RHF, styremøte 28. mai 2009, brev til HFene 11. mai 2009, vedlegg 3. tilgjengelig fra http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styremoter/2009/28.%20mai/Til_administrerende_direktors_driftsorienteringer-VEDLEGG_til_punkt_4_-_Brev_HFene.pdf

Helse Sør-Øst RHF, styremøte 21. juni 2012, SAK NR 046-2012, tilgjengelig fra <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/aktiviteter/Sider/styremote-21-juni-2012.aspx>

Helse Sør-Øst RHF, Oppdrag og bestilling 2009 for Oslo universitetssykehus HF.

Helse Sør-Øst RHF, Oppdrag og bestilling 2012 for Oslo universitetssykehus HF, tilgjengelig fra <http://www.helse-sorost.no/omoss/avdelinger/styre-og-eieroppfolging/oppdragsdokument/Documents/Oppdragsdokument%202012/20120210-4%20Oppdrag%20og%20bestilling%202012%20-%20Oslo%20universitetssykehus%20HF.pdf>

Jacobsen, D.I., Thorsvik, J., 2007, *Hvordan organisasjoner fungerer*, 3. utgave, Fagbokforlaget, Bergen.

Jamtvedt, Gro, 2011, *Implementering av ny praksis en – en utfordring. Hva virker?* Presentasjon på Nasjonal konferanse for praksiskonsulenter, Drammen 1. september 2011. Kunnskapssenteret.

Kjekshus, Lars Erik og Bernstrøm, Vilde, 2010, *Helseforetakenes interne organisering og ledelse*, INTORG 2009, Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram, skriftserie 2010:4

Kjøde, Arne, 1997, "Kvalitetsforbedring og ledelse i sykehusavdelinger", artikkel i AFF årbok, 1997

Kunnskapssenteret, 2010, *Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009, Nasjonale resultater*, PasOpp-rapport nr 1 2010.

Kvale, S., Brinkmann, S., 2009, *Det kvalitative forskningsintervjuet*, 2. utg., Gyldendal, Oslo

LOV-2001-06-15-93, sist endret LOV-2012-06-22-46: *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*, Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV-1997-07-02-63, sist endret LOV-2012-06-22-46: *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*, Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV 1999-07-02 nr. 61, sist endret LOV-2012-06-22-47: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*, Helse- og omsorgsdepartementet.

Malterud, K., 2011, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, 3. utg., Universitetsforlaget, Oslo.

NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.

Opedal, Ståle, 2007, "Helsepolitisk iverksetting i et desentralisert foretakssystem", presentasjon på den 15 nasjonale fagkonferanse i statsvitenskap, Trondheim 3.-5- januar 2007

Opedal, Ståle og Stigen, Inger Marie (red)., 2005, *Helse-Norge i støpeskjeen, Søkelys på sykehusreformen*, Fagbokforlaget, Bergen.

Oxman, A.D., Thomson, M.A., Davis, D.A. and Haynes, R.B., 1995, *No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice*, CMAJ, v. 153(10): Nov 15. 1995, PMC1487455.

Statens Helsetilsyn, 2010, *Risikobildet av norsk kreftbehandling*, rapport 4/2010, tilgjengelig fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport4_2010.pdf

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsdepartementet, tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

St. prp. nr. 1 (2010-2011) Helse- og omsorgsdepartementet. Kap. 732 Regionale helseforetak, tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-1-s-20102011/5.html?id=617580>

St. prp. nr 1 (2011-2012) Helse- og omsorgsdepartementet. Kap. 732 Regionale helseforetak, tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2011-2012/prop-1-s-20112012/4.html?id=658232>

Sundhedsstyrelsen, 2009, *Forløpstid i pakkeforløp*, Notat 28. april 2009, tilgjengelig fra <http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Om%20pakkeforloeb/Forloebstidsnotat%20280409%201.ashx>

Sundhedsstyrelsen, 2010, *Monitorering av kræftområdet: Tid fra henvisning mottaget på sykehus til start af behandling – 2. halvår 2009*, rapport 2010, tilgjengelig fra http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Monitorering/Annno2010/Monitorering_kraeft_rapport_final.ashx

Sundhedsstyrelsen, 2007, *Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet*, tilgjengelig fra

http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Task_Force_for_Kraefto_mraadet.aspx

Universitetet i Nord-Norge, Fastlegenytt fra UNN, (09.12.2009), tilgjengelig fra
<http://www.unn.no/fastlegenytt/lungepakken-roentgen-thorax-innen-24-timer-article70921-24459.html>

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide

SAMTALE/INTERVJU MED ANSATTE I HELSEFORETAK I HELSE SØR-ØST RHF I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVEN:

”HAR INNFØRING AV VEILEDENDE FORLØPSTIDER FOR KREFT FØRT TIL ORGANISATORISKE ENDRINGER I SYKEHUS?”

Bakgrunn

Formålet med oppgaven er å forsøke å belyse/beskrive de prosessene som har funnet sted i forbindelse med føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 om innføring av veiledende forløpstider for kreft (vurdering av henvisning innen 5 dager, oppstart av utredning innen 10 dager og oppstartbehandling innen 20 dager). Jeg ønsker å få svar på hvordan disse føringene har blitt mottatt i fagmiljøene, om, og i så fall hvilke endringer dette har ført til i organisering av virksomheten.

Utvalg

Utvalget av informanter vil bestå av 10 personer (ledere og ansatte) ved ulike kreftavdelinger i Helse Sør-Øst RHF.

Gjennomføring av intervju

Tiden til rådighet gjør at samtalen/intervjuet ikke vil gjennomføres med den hensikt å stenografere samtalen/intervjuet. Samtalen/intervjuet vil gjennomføres ved at jeg tar opp på bånd det som blir sagt samtidig som jeg lager notater. Lydopptaket vil kun bli brukt til å kvalitetssikre notatene jeg lager slik at jeg ikke har misforstått noe i samtalen/intervjuet. Tiden til bruk for hver samtale/intervju er maksimalt en time.

Jeg vil først henvende meg til hver enkelt på e-post. Hvis jeg får tilbakemelding med aksept for deltakelse til samtale/intervju vil jeg deretter henvende meg på telefon for nærmere avtale av tid og sted for møte. Spørsmålene vil være veiledende, men ikke begrensende for samtalen/intervjuet. Etter at jeg har gjort ferdig mine notater etter samtalen/intervjuet vil disse bli sendt tilbake til hvert intervjuobjekt for kvalitetssikring av det jeg har skrevet. Notatene vil eventuelt inngå som vedlegg til masteroppgaven dersom det samtykkes til det. Det vil ikke bli brukt navn i oppgaven, kun stillingstittel. Dette for å unngå at oppgaven må ilegges spesielle begrensninger når det gjelder offentlighet.

I notatene som sendes tilbake til intervjuobjektene vil det være mulig for intervjuobjektene å gjøre endringer i teksten dersom de finner det nødvendig. I slutten av hvert notat vil det være en tekst om at det samtykkes til å bruke teksten og en stippet linje til å signere på.

Spørsmål jeg ønsker å stille informantene

1. Gi en kort omtale av din faglige bakgrunn og hvilken rolle eller oppgave du har hatt i gjennomføringsprosessen med innføring av forløpstider for kreft.
2. Før innføring av forløpstider for kreft sommeren 2011, hvilke hovedutfordringer så du ut fra ditt ståsted når det gjelder gode forløp for kreftpasienter?
3. Sommeren 2011 ble det fra departementet sendt ut et tillegg til oppdragsdokumentet om innføring av veiledende forløpstider for kreft. Hvilke tanker gjorde du deg om
 - a) Tidspunktet oppdraget ble gitt
 - b) Hvor forberedt var helseforetakene på å ta i mot et slikt oppdrag?
4. Det har vært, og er til dels fortsatt mye debatt i media om denne saken. Hva er dine tanker om årsaken til dette?
5. I oppdragsbrevet 1. juli 2011 står det at forløpstidene er *”normerende og førende for helseforetakenes organisering og logistikk”*. Hvilke tanker gjør du deg om hvilken betydning innføring av forløpstider har hatt for organisering av kreftbehandlingen i sykehuset?

6. Kan du redegjøre for det du mener har vært/er de viktigste utfordringene for sykehuset/avdelingen i forbindelse med gjennomføringen av forløpstider?
7. Helse Sør-Øst RHF har etablert et regionalt kreftråd. Hvilke tanker gjør du deg om kreftrådets rolle og betydning for innføring av forløpstider?
8. Danmark innførte for noen år siden forløpstider for kreft. Har du gjort deg noen tanker om forskjellene/likehetene mellom dansk og norsk kreftforløp?
9. Danmark innført for kort tid siden såkalte spesialiserte diagnosesentra for pasienter med mistanke om kreft for raskt å kunne avklare behovet for videre oppfølging og behandling. Danske allmennleger har uttrykt at det raske forløpet til diagnostikk som er innført i Danmark er verdifullt for å få en rask avklaring, og for pasienten vil det være av stor verdi raskt å få avklart om det er en alvorlig lidelse eller ikke som er årsaken til symptomene. Hva tenker du om en slik ordning i Norge?
10. Har det vært noen suksessfaktorer i dette prosjektet?
11. Har du noen avsluttende kommentarer?

Vedlegg 2

Bakgrunnsinformasjon

Rett til nødvendig helsehjelp

I Norge har pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten som omfattes av fritt sykehusvalg, rett til å få en vurdering av sin helsetilstand, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. For bedre å sørge for at pasienter med kreft skal slippe å vente unødvendig lenge på utredning og behandling, og risikere at sykdommen forverrer seg i mellomtiden, så Helse- og omsorgsdepartementet behov for å innføre tiltak som kunne føre til raskere og bedre pasientforløp. Helsedirektoratet fikk derfor i oppdrag å supplere de nasjonale faglige retningslinjene for kreft med normerte forløpstider. Forløpstidene er førende for sykehusenes/helseforetakenes organisering og logistikk.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsket med forløpstidene å gi et signal til helseforetakene om at pasienter med kreft må komme raskt til behandling. For den enkelte pasient gir ikke forløpstidene nye rettigheter, men gir pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten ved mistanke om kreft, et bilde på hvilket tidsforløp de kan forvente og gir helseforetakene klarere retningslinjer. Retningslinjene sier imidlertid ikke hva som er siste faglige frist for start av helsehjelp for den enkelte. Dette må fortsatt vurderes av lege/behandlingsteam for hver enkelt pasient. Innen de fleste kreftformer vil det variere hvor aggressiv kreften er, og hastegraden for behandling vil derfor også variere. Noen pasienter kan også trenge behandling tidligere enn det som følger av de normerende forløpstidene.¹⁰

Pasient- og brukerrettighetsloven¹¹ og prioriteringsforskriften¹² utgjør det lovmessige grunnlaget for prioritering av pasienter i spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b slår fast at pasienten har *rett til nødvendig helsehjelp* fra spesialisthelsetjenesten dersom ”pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt”.

¹⁰ <http://helsenorge.no/Rettigheter/Sider/Oppstart-av-kreftbehandling.aspx>

¹¹ Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

¹² FOR 2000-12-01 nr 1208 Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

Prioriteringsforskriften utdyper dette ved at pasienten har *rett til nødvendig helsehjelp* fra spesialisthelsetjenesten når:

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Alle tre vilkårene må være oppfylt for at en pasient skal ha *rett til nødvendig helsehjelp*.

Pasienten gis derved forrang i forhold til andre som også vurderes å ha behov for spesialisthelsetjenester, men med lavere prioritet. De pasientene som blir tildelt *rett til nødvendig helsehjelp*, skal få en frist for når faglig forsvarlighet krever at helsehjelpen senest skal starte. Enhver pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få helsetilstanden vurdert innen maksimalt 30 virkedager. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom bør det være en maksimumsfrist på 15 dager. For barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet er fristen 10 virkedager.

I løpet av vurderingsperioden er spesialisthelsetjenesten forpliktet til å vurdere henvisningen for å avgjøre om

- pasienten har rett til ”nødvendig” helsehjelp
- pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til ”nødvendig” helsehjelp
- pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Det er utarbeidet en egen prioriteringsveileder i onkologi. Prioriteringsveilederen skal bidra til at ”like” pasienter blir vurdert likt, uansett hvor i landet de bor og uavhengig av hvilket sykehus de henvises til. Veilederen skal være en beslutningsstøtte for de som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og gir råd om tildeling av rettighetsstatus og om maksimumsfrist for de pasientene som tildeles rett til nødvendig helsehjelp. For prioriterte pasienter gir veiledertabellen en veiledende frist for når helsehjelpen senest skal starte.

Prioriteringsveileder i onkologi

Fra veiledertabellen, kap. 2 Fagspesifikk innledning – onkologi:

”Onkologifaget er karakterisert ved at de aller fleste søknadene mottas fra annen del av spesialisthelsetjenesten der pasientene er utredet. Slike pasienter vil ha fått tildelt frist fra første kontakt i spesialisthelsetjenesten. Onkologene vil så sette et tidspunkt for behandling (eller innleggelse i kreftavdeling) som er i henhold til det medisinske forsvarlighetsprinsippet, og som tar hensyn til pasientens rettighetsstatus. Dette kommer ikke inn under den juridiske fristfastsettelsen som innbefattes i denne prioriteringsveilederen. I veiledertabellen er det lagt til grunn at mindre enn 10 % av den totale søknadsmengden kommer direkte fra primærhelsetjenesten med ny problemstilling. Pasienter som allerede er i et forløp, som forutsettes å være medisinsk forsvarlig, skal som hovedregel ikke rettighetsvurderes, se utfyllende tekst i Prioriteringsveileder, generell del, kapittel 4. Ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten skal det som hovedregel ikke settes ny frist, dersom det dreier seg om en videreføring av et behandlingsforløp. Dette gjelder også ved overføring fra annet HF/RHF. Dette gjelder også ved uventede situasjoner som likevel er en kalkulert mulighet, der videre behandling er å anse som forlengelse av forrige behandlingsledd. Et eksempel er gynokologiske situasjoner hvor det viser seg at pasienten hadde lymfeknutemetastaser som ikke var erkjent preoperativt, og som vil medføre behov for stråleterapi. Motsatt er det ved f.eks. komplikasjoner, som også kan være forventede, men som leder til et helt annet behandlingsopplegg. Et eksempel på dette er apoplexi¹ i forbindelse med canceroperasjon, der overføring til nevrologisk avdeling utløser en ny fristfastsettelse.

Andre forhold som er spesifikke for faget og som preger vurderingene og konklusjonene:

”Start av behandlingsopplegg (spes. for stråleterapi), kan defineres på ulike måter. I veiledertabellen er det valgt å angi start av de direkte strålerelaterte prosedyrene, dvs. oppmøte for CT-avbildning, som brukes for inntegning av strålefeldt. Fra denne prosedyren er utført til den faktiske strålebehandlingen starter, vil det vanligvis gå ca en uke. I denne tidsperioden foregår planlegging, verifikasjon og kvalitetskontroll. Alvorlighetsprinsippet vil i praksis alltid være oppfylt, da kreftsykdommer oppfattes som potensielt livstruende. Men veiledertabellen har tatt med noen tilstander (sekveler etter tidligere behandling), hvor alvorligheten vil variere. Innenfor onkologien kan man grovt sagt si at det er lite øyeblikkelig

hjelp, men alt haster. Det er likevel viktig å skille mellom pasienter tiltrengende øyeblikkelig hjelp og elektive pasienter, fordi øyeblikkelig- hjelp-pasienter ikke skal rettighetsvurderes. Det er enkelte tilstander som skal til onkologisk behandling innen senest 24 timer, men det er svært få tilstander som kan vente lenger enn 3-4 uker. Onkologifagets behandlingsmuligheter vil også kunne ha påvirkning på prioriteringsarbeidet innenfor andre faggrupper. Visse faggrupper, f.eks. lungemedisin og kirurgiske fag, har en stor kreftpasientpopulasjon. Ved en nihilistisk oppfattelse av muligheter vil tilstander feilaktig kunne bli nedprioritert, og pasientene vil kunne gå glipp av gode behandlingsmuligheter. Det synes derfor fornuftig at onkologifaget er representert innenfor prioriteringsarbeidet i andre faggrupper.”

Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til de regionale helseforetakene juli 2011

I brev av 1. juli 2011 gir Helse- og omsorgsdepartementet følgende oppdrag til de regionale helseforetakene:

”Helsedirektoratet har nylig foretatt en revisjon av de nasjonale retningslinjene for diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter med kreftsykdom, og innført veiledende forløpstider for de ulike ledd i behandlingsforløpet. Det vises til brev fra Helsedirektoratet til Helsedepartementet av 23. juni 2011 med kopi til de regionale helseforetakene.

Følgende normerte forløpstider er fastsatt:

Vurdering henvisning: 5 virkedager

Oppstart utredning: 10 virkedager

Oppstart behandling: 20 virkedager

Målsettingen med innføringen av forløpstidene er at normtiden overholdes for 80 pst. av pasientene innen hver kreftform.

For mer informasjon om handlingsprogrammene og forløpstider vises det til Helsedirektoratets nettsider: http://www.helsedirektoratet.no/kreft/fagnytt/forloepstider_inn_i_nasjonale_retningslinjer_for_kreft_814264

Forløpstid beskriver når de forskjellige elementene i et behandlingsforløp (vurdering, utredning og behandling) senest skal starte etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt en henvisning. Hva som er medisinsk faglig forsvarlig, må imidlertid vurderes for den enkelte pasient. En slik vurdering kan tilsi et raskere forløp enn det som følger av de normerte forløpstider. Forløpstidene er normerende og førende for helseforetakenes organisering og logistikk. Forløpstidene er imidlertid ikke en ny pasientrettighet. Det lovmessige grunnlaget er fortsatt pasientrettighetsloven § 2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester. Det regionale helseforetaket skal gjøre disse retningslinjene kjent for sine helseforetak og i de aktuelle fagmiljøer og legge til rette for at helseforetakene organiserer sin drift slik at disse fristene overholdes. Dette setter krav til helseforetakene om at behandling av pasientgruppen må starte raskt. Helsedirektoratet skal overvåke måloppnåelse.

Det vises til oppdragsdokumentet 2011 kap. 11 Oppfølging og rapportering, der det fremgår at de regionale helseforetakene skal rapportere tertialvis på tre styringsparametre innen kreftområdet – tid fra henvisning til førte behandling for tykktarmskreft, lungekreft og brystkreft. Disse styringsparametrene er nå målsatt. Dette skal legges til grunn i rapporteringen til departementet.”

Helsedirektoratets informasjon om forløpstider

På Helsedirektoratets nettsider ble følgende publisert 09.12.2011:

”Nasjonale faglige retningslinjer for kreft er nå supplert med forløpstider. Målet er at 80 prosent av pasientene kommer innenfor de foreslåtte forløpstidene.

Forløpstid beskriver når de forskjellige elementene i et behandlingsforløp (vurdering, utredning og behandling) senest bør starte etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt en henvisning.

Forløpstidene er normerende og førende for helseforetakenes organisering og logistikk, og et budskap om hva pasienter med kreft generelt bør forvente av tidsforløp for de ulike ledd i helsehjelpen. Forløpstidene er imidlertid ikke en ny pasientrettighet. Fortsatt er det lovmessige grunnlaget pasientrettighetsloven § 2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester.

Innen de fleste kreftformer vil det imidlertid variere hvor aggressiv kreften er og det vil derfor alltid være variasjoner i hastegrad til behandling. Det er behandlende lege/behandlingsteam som må vurdere hva som er medisinsk forsvarlig helsehjelp i det enkelte tilfelle og om pasienten for eksempel trenger raskere behandling enn de normerende forløpstidene.

Av og til vil det av faglige grunner være noen pasienter som ikke kan utredes ferdig innen normerende forløpstid for oppstart av første behandling. Dette gjelder spesielt innen noen kreftformer for pasienter med uklare symptomer og uavklarte tilstander.

Årsaker til avvik fra de normerte forløpstidene bør dokumenteres i pasientjournalen.

<i>Forløpstider og dokumentering</i>		
<i>Vurdering av henvisning: 5 virkedager</i>	<i>Oppstart utredning: 10 virkedager</i>	<i>Oppstart behandling: 20 virkedager</i>
<i>Målsetningen er at henvisningen skal være vurdert av spesialist innen 5 virkedager fra spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen.</i>	<i>Målsetningen er at utredning i spesialisthelsetjenesten skal være påbegynt innen 10 virkedager fra mottatt henvisning.</i>	<i>Målsetningen er at første behandling skal starte innen 20 virkedager fra mottatt henvisning.”</i>

Prosjekt pasientforløp i Helse Sør-Øst RHF

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 16. desember 2010 sak 85-2010 ”Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst RHF, der styret blant annet vedtok:

”Styret ber administrerende direktør om å sørge for at ventetid for kreftbehandling er i tråd med prioriteringsforskriftene, og at forutsetninger om sammenhengende behandlingsforløp beskrives med sikte på bl.a. å fastsette maksimal ventetid fra mistanke om ondartet kreft til utredning og behandling, innen de ulike kreftområdene.

Regionalt fagråd for kreft i Helse Sør-Øst fikk våren 2011 i oppdrag fra Helse Sør-Øst å utrede problemstillingene knyttet til sammenhengende pasientforløp og forslag til maksimal ventetid i de ulike utrednings- og behandlingsfasene, og gi en selvstendig tilrådning.

Regionalt fagråd for kreft i Helse Sør-Øst RHF

Regionalt fagråd for kreft i Helse Sør-Øst RHF ble besluttet opprettet i juni 2009 (Helse Sør-Øst RHF, styremøte 28. mai 2009, brev til HFene 11. mai 2009, vedlegg 3):

”Nettverket (referansegruppen) for palliativ medisin omdannes/utvides til et fagråd for kreft som dekker fagområdene stråleterapi, cytostatika og palliativ medisin og må ha representanter fra fagområder med mye kreftbehandling, herunder gastrokirurgi, urologi, mammaendokrinkirurgi. På dette området foreligger det en rekke omfattende faglige utredninger og planer regionalt som ikke er ferdig prosessert av RHFet, og som nå bør tas opp igjen. Det er også uavklarte spørsmål knyttet spesielt til funksjonsfordelingen innen urologisk kreftbehandling.

I tillegg er en rekke områder nedfelt som oppdrag for å sikre kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen i Oppdragsdokumentet for 2009:

- *gjennomgå hvilke enheter som utfører kirurgisk kreftbehandling, spesielt innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, prostata, endetarm, tykktarm, lunge og bryst.*

- *Ved samling av komplisert kreftkirurgi som krever støttefunksjoner, bør følgende organisatoriske endringer vurderes: 1) desentralisering av mindre behandlingskrevende kirurgi, 2) desentralisering av palliativ behandling som kan skje i samarbeid med kommunal sektor.*

De fagråd som etableres har til oppgave å gi råd til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. Det etableres derfor en oppfølgingsansvarlig gruppe ved Enhet for tjenesteutvikling og samhandling for å ivareta kontakten med fagrådene bl.a. gjennom referater, årsrapporter mv. Oppfølgingsgruppen vil også ha ansvar for at utredninger og uttalelser som kommer fra fagrådene følges opp på hensiktsmessig måte i foretaksgruppen.

Eventuelle endringer som administrerende direktør eller styret for Helse Sør-Øst RHF beslutter, vil bli forankret på ordinær måte i møter med konserntillitsvalgte og brukerutvalget samt i direktørmøter og fagdirektørmøter.

Helse Sør-Øst vil også ivareta nødvendig samordning i forhold til sekretariatet for forskningsutvalget med forskningsnettverk og sekretariater for samarbeidsutvalg (for eksempel universitet og høyskole) slik at en oppnår faglig synergi og unngår dobbeltarbeid.

Fagrådene etableres med utgangspunkt i en funksjonstid på 4 år, men med en midtveiseevaluering etter 2 år. Helse Sør-Øst RHF vil utforme opplegg for evalueringen og vurdere å innhente eksternt bistand i dette. I utgangspunktet tenkes en standardisert evaluering, hvor en oppsummerer aktivitet og resultater i forhold til fastsatte mandat og mål for det enkelte fagråd. I dette vil det for eksempel også være relevant med spørreundersøkelser om hvilken nytteverdi representantene har sett i arbeidet, opplevelse av egen rolle og funksjon og forslag til endringer. Evalueringen vil være en del av grunnlaget for å vurdere om fagråd skal videreføres, evt. om struktur, mandat og arbeidsform skal endres.

I den kommunikasjonen som er forutsatt mellom fagråd og oppdragsgiver, med mulighet til å gi konkrete oppdrag underveis, må det også forventes justeringer før det har gått to år.”
(Helse Sør-Øst RHF, notat 11.05. 2009).

Styresak i Helse Sør-Øst RHF behandlet i styremøte 21. juni 2012:

”To hovedoppdrag er ikke slutførte – arbeid med behandlingsforløp og vurdering av evt. samling av bryst- og endokrinkirurgi i osloområdet. Øvrige forslag og anbefalinger fra rådet er innarbeidet i forslaget til handlingsplan.

Administrerende direktør vil fremheve nødvendigheten av at helseforetakene parallelt med Regionalt kreftråds videre utredning, arbeider med å implementere de generelle normer for forløpstider for kreftbehandling som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2011. Kreftrådets kartlegging av flaskehalser i behandlingsforløpene vil danne grunnlag for generelle tiltak som kan bidra til bedre utnyttelse av behandlingsskapiteten og oppfylling av normene.”